

Huvudrapport

Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro

Redaktionsgrupp
Kristina Alexanderson
Staffan Marklund
Ellenor Mittendorfer Rutz
Pia Svedberg

Reviderad maj 2011

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Förord

Vid Karolinska Institutets Sektion för försäkringsmedicin bedrivs tvärvetenskaplig forskning om riskfaktorer för att bli sjukskriven eller få sjuk- eller aktivitetsersättning, om konsekvenser av att vara sjukskriven eller ha sjukersättning, om faktorer som hindrar respektive främjar återgång i arbete och om hur man inom olika organisationer arbetar med sjukskrivningsärenden, så kallad sjukskrivningspraxis.

I denna rapport redovisas övergripande resultat från flera olika projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. De delrapporter om kvinnors och mäns sjukfrånvaro, som publicerats under mars 2011, listas nedan.

De, liksom denna, kan laddas ner från vår hemsida: www.ki.se/im

Kristina Alexanderson

Professor

Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap

Karolinska Institutet

171 77 Stockholm

Fax: 08-524 832 05 kristina.alexanderson@ki.se

Delrapport 1

Wikman A, Marklund S, Alexanderson K: Kohortstudier av utveckling av försörjningssituationen över tid. ISBN 978-91-7457-379-4

Delrapport 2

Wikman A, Kjeldgård L, Marklund S, Alexanderson K: Korta sjukskrivningsfall och risk för framtida sjukskrivning respektive sjuk- eller aktivitetsersättning ISBN 978-91-7457-380-4

Delrapport 3

Mittendorfer Rutz E, Alexanderson K, Kjeldgård L, Wikman A: Sjukskrivning och risk för framtida sjuk- och aktivitetsersättning bland kvinnor och män. ISBN 978-91-7457-381-4

Delrapport 4

Lindholm C, Ringbäck Weitof G, Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Alexanderson K: Sjukskrivning och risk för förtida död bland kvinnor och män. ISBN 978-91-7457-382-4

Delrapport 5

Lindholm C, Mittendorfer Rutz E, Hinas E, Kjeldgård L, Alexanderson K: Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död bland kvinnor och män. ISBN 978-91-7457-383-4

Delrapport 6

Jansson C, Alexanderson K: Innebär sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser en ökad risk för sjuk- och aktivitetsersättning eller förtida död bland kvinnor och män? En rikstäckande prospektiv kohortstudie. ISBN 978-91-7457-384-4

Delrapport 7

Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Wikman A: Alexanderson K: Sjukskrivning i psykiska diagnoser och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning eller för förtida död. ISBN 978-91-7457-385-4

Delrapport 8

Svedberg P, Narusyte J, Samuelsson Å, Ropponen A, Lichtenstein P, Alexanderson K: Betydelsen av arv och miljö för sjukskrivning och sjukersättning bland kvinnor och män i en kohort av svenska tvillingar. ISBN 978-91-7457-386-4

Delrapport 9

Marklund S, Alexanderson K, Gustafsson K, Lundh G, Linder J, Svedberg P: Långtidssjukskrivna kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinska utredningar. ISBN 978-91-7457-387-4

Huvudrapport

Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer Rutz E, Svedberg P: Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. ISBN 978-91-7457-390-4

Innehåll

Sammanfattning	2
Förkortningar.....	3
Medverkande i projektet.....	3
1 Bakgrund.....	4
1.1.1 Om sjukfrånvaroforskning.....	4
1.1.2 Kvinnors och mäns sjukfrånvaro	5
1.1.3 Möjliga orsaker till könsskillnaderna i sjukskrivning	6
1.1.4 Möjliga orsaker till att kvinnors sjukfrånvaro varierat mer än mäns.....	10
1.1.5 Syftet med rapporten	11
1.1.6 Varför kohortstudier?	12
2 Resultat	13
2.1 Utvecklingen av försörjningssituationen bland sjukskrivna.....	13
2.2 Samband mellan korta sjukskrivningsfall och framtida sjukersättning	19
2.3 Sjukskrivning och framtida risk för sjuk- och aktivitetsersättning.....	22
2.3.1 Sjukskrivning och risk för sjukersättning, en tvillingstudie	25
2.4 Sjukskrivning och risk för förtida död.....	26
2.4.1 Sjukskrivning och risk för förtida död, en tvillingstudie.....	32
2.5 Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och förtida död.....	33
2.5.1 Sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död i 1995 års kohort	33
2.5.2 Sjukersättning och risk för förtida död i tre olika kohorter	36
2.5.3 Sjukersättning och risk för förtida död, en tvillingstudie	38
2.6 Sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser	38
2.6.1 Risk för sjuk- och aktivitetsersättning	39
2.6.2 Risk för förtida död	42
2.7 Sjukskrivning i psykiska diagnoser	46
2.7.1 Risk för sjuk- eller aktivitetsersättning.....	47
2.7.2 Risk för förtida död	48
2.8 Riskfaktorer för sjukskrivning och sjukersättning; tvillingstudier	49
2.8.1 Betydelse av arv och miljö för sjukskrivning och sjukersättning.....	50
2.8.2 Risk för sjukersättning: könsskillnader och betydelsen av familjära faktorer.....	52
2.9 Långtidssjukskrivna som genomgått försäkringsmedicinsk utredning.....	55
2.10 Sjukskrivnas upplevelse av bemötande	60
2.10.1 Enkätstudier om upplevelser av bemötande	60
3 Sammanfattande diskussion.....	68
4 Bilagor	73
4.1.1 Bilaga 1.....	73
4.1.2 Bilaga 2.....	74
5 Referenser	76

Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultat från studier av kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Flertalet av dessa var populationsbaserade, prospektiva kohortstudier av hela Sveriges befolkning, och några baserades på en tvillingkohort. I två projekt studerades personer som genomgått en försäkringsmedicinsk utredning respektive långtidssjukskrivnas upplevelser av bemötande från personal inom hälso- och sjukvård och Försäkringskassa.

Trots de stora könsskillnaderna i risk för sjukfrånvaro och sjuk- eller aktivitetsersättning som finns fann vi inga stora skillnader mellan kvinnor och män i konsekvenser av att vara sjukskriven, i termer av sjuk- eller aktivitetsersättning eller förtida död, generellt eller i specifika diagnoser. Både kvinnor och män som varit sjukskrivna hade hög och ibland mycket hög risk för sjuk- eller aktivitetsersättning eller förtida död. Dessa resultat gällde även vid så kort sjukfrånvaro som 1–15 dagar men ökade med antal sjukpenningdagar. En stark överrisk för förtida död fanns bland unga personer med många sjukpenningdagar. Merparten av sjukfrånvaron är i diagnoser som mycket sällan är orsak till död, såsom muskuloskeletal sjukdomar, men även sådan sjukskrivning innebar tydliga överrisker för förtida död. Det fanns inga stora könsskillnader i risk för förtida död för olika dödsorsaker. Risk för förtida död i självmord var hög.

I tvillingstudierna framkom att såväl arv som miljö hade betydelse för variationen i sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning, och i lika stor utsträckning för kvinnor som för män.

I flera av studierna undersöktes diagnosspecifika skillnader och i analyserna kontrollerades för ålder och en rad sociodemografiska faktorer samt sjukhistorik i form av tidigare sjukskrivning och vårdtid. Vid justering av riskestimaten för skillnader i vårdtid minskade i allmänhet skillnaderna mellan kvinnor och män i fråga om risk för sjukersättning och förtida död. Detta tyder på att en del av könsskillnaderna i konsekvenser av sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning kan ha samband med skillnader i sjuklighet alternativt i genusbias i vård och rehabilitering. Detta kan relateras till att både långtidssjukskrivna kvinnor och män upplevde att bemötande från personal inom sjukvård och Försäkringskassa, positivt respektive negativt, påverkade deras möjlighet att återgå i arbete. Den absoluta majoriteten av de kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinsk utredning hade mycket omfattande hälsoproblem och mycket lång sjukskrivningstid innan de utreddes; något längre tid för kvinnor. Efter utredningen tog det även något längre tid innan kvinnorna fick olika åtgärder från Försäkringskassan.

Studierna visar på ett behov av fördjupade diagnosspecifika analyser och forskning om samspelet mellan sjuklighet, sjukfrånvaro och kvinnors och mäns villkor i vård, arbets- och privatliv samt om vilken betydelse dessa faktorer kan ha för konsekvenser av att vara sjukskriven. Sådan kunskap behövs som underlag för ställningstagande till optimal handläggning av sjukskrivning bland kvinnor och män.

Förkortningar

BMI	Body Mass Index
HR	Hazard Ratio
IRR	Incidence Rate Ratio
KI	Konfidensintervall, genomgående anges 95% KI
LISA	Longitudinell Intergrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier.
MiDAS	Mikrodata för analys av socialförsäkringen
OR	Odds ratio
RR	Relativ risk
SA	Sjuk- och aktivitetsersättning
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SCB	Statistiska centralbyrån

Medverkande i projektet

Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring
Klas Gustafson, Fil.dr.
Elin Hinas, statistiker
Catarina Jansson, Med.dr.
Linnea Kjeldgård, statistiker
Paul Lichtenstein, professor i genetisk epidemiologi
Jürgen Linder, docent, psykiatriker
Christina Lindholm, Med.dr.
Göran Lund, forskningsassistent
Staffan Marklund, professor i arbetshälsovetenskap
Ellenor Mittendorfer Rutz, Med.dr.
Jurgita Narusyte, Med.dr.
Gunilla Ringbeck Weitoft, Fil.dr.
Annina Ropponen, Fil.dr.
Åsa Samuelsson, doktorand
Pia Svedberg, Med.dr.
Maja Wessel, doktorand
Michael Wiberg, statistiker
Anders Wikman, docent

1 Bakgrund

Kvinnor i Sverige har högre sjukfrånvaro än män (1, 2). I denna rapport presenteras resultat från några forskningsprojekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro och sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension eller sjukbidrag).

Det finns stora könsskillnader i sjuklighet men könsskillnaderna är ännu större i termer av sociala konsekvenser av sjuklighet, till exempel i form av arbetsförmåga och sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning (2, 3).

1.1.1 Om sjukfrånvaroforskning

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) konstaterade 2003, baserat på sju systematiska litteraturoversikter (2, 4), att sjukfrånvaroforskningen är ett outvecklat område såväl teoretiskt, metodologiskt som begreppsmässigt och att antalet studier var förvånansvärt få, särskilt i beaktande av de mycket stora ekonomiska summor det rör – för samhälle, företag och enskilda – och det mycket stora antal personer som berörs. Det senare gäller självklart sjukskrivna/sjukersatta men även alla de som i sitt arbete, till exempel inom hälso- och sjukvård, Försäkringskassan och andra försäkringar samt inom företag, arbetar med denna typ av ärenden. Frågeställningarna är många och svaren ännu mycket få. Forskning om sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning handlar huvudsakligen om dessa aspekter (2):

1. Riskfaktorer för sjukfrånvaro/sjuk- och aktivitetsersättning
2. Konsekvenser av att vara sjukskriven eller ha sjuk- eller aktivitetsersättning
3. Faktorer som påverkar återgång i arbete bland de som är sjukskrivna
4. Hur personal inom olika organisationer hanterar sjukskrivningsärenden
5. Metodologiska och teoretiska aspekter inom området.

Faktorer inom dessa områden kan studeras på olika strukturella nivåer, med olika studiedesign, typ av data och analysmetoder och utgå från olika teoretiska utgångspunkter.

När det gäller dessa fem områdena har den absoluta merparten av den tidigare forskningen gjorts om det första, det vill säga om riskfaktorer för sjukfrånvaro, för att bli sjukskriven. Detta är ett mycket viktigt område och mer kunskap om detta behövs för att kunna vidta adekvata åtgärder. Samtidigt är sjukskrivning en mycket vanlig ordination i svensk sjukvård, och ska som sådan baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. I nuläget går inte det (2). Läkaren ska ändå till exempel kunna diskutera för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande med patienter där sjukskrivning kan vara aktuellt (5). Sjukskrivning kan ha både positiva och negativa konsekvenser för individen, till exempel vad gäller sjukdom, hälsa, arbetsliv, socialt liv, livsstil och emotionella aspekter (2).

I detta sammanhang är det centralt att påpeka att alla samhällen har att hantera att vissa vuxna tillfälligt eller permanent inte kan försörja sig själva på grund av sjukdom eller skada. Alla samhällen har system för detta och i samband med industrialiseringen blev sjukfrånvaroförsäkringar en vanlig modell, organiserat på lite olika sätt beroende på land och tid (6-9). En fungerande sjukfrånvaroförsäkring är en central aspekt av ett välfärdssamhälle, och såväl under- som överutnyttjande av den innebär problem (10).

De klassiska demografiska faktorerna ålder, kön och bostadsort är de faktorer som vanligen nämns som viktiga determinanter till sjukfrånvaro. De anses som så centrala att de regelbundet behandlas som confounders¹ i studier över sjukfrånvaro, det vill säga, justeras för i de statistiska analyserna. SBU konstaterade att: ”Det finns omfattande underlag från offentlig statistik och deskriptiva studier om sambandet mellan olika sociodemografiska bakgrundsfaktorer och sjukfrånvaro. Det gäller ålder, kön, bostadsort och socialgrupp. Dock finns mycket få studier som analyserat dessa bakgrundsfaktorer på

¹ Faktorer som samvarierar med både den studerade riskfaktorn och det studerade utfallet.

ett mer ingående sätt och vetenskaplig evidens, i egentlig mening, för ett kausalsamband mellan dessa faktorer och sjukskrivning saknas således” (2, sid 103).

Det innebär att trots stora könsskillnader i sjukfrånvaro är vår kunskap om orsaker till och konsekvenser av detta mycket rudimentära (2, 11). Nedan följer en genomgång av möjliga orsaker till könsskillnader i sjukfrånvaro. I kapitlet därefter sammanfattas resultat från de genomförda delstudierna.

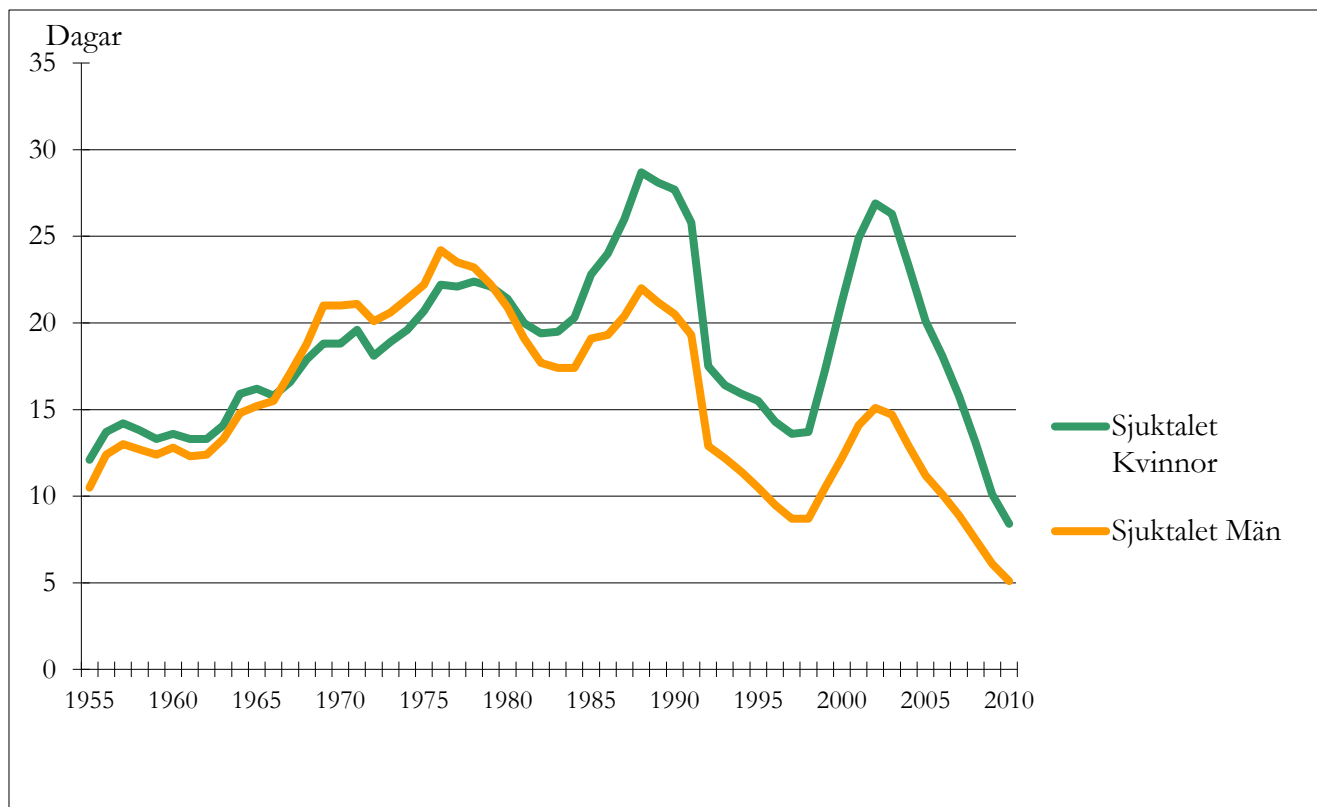
1.1.2 Kvinnors och mäns sjukfrånvaro

Kvinnor i Sverige har, som nämnts, högre sjukfrånvaro än män (1). År 2009 fick 298 057 kvinnor och 190 702 män sjukpenning från Försäkringskassan (1). Av de som var långtidssjukskrivna (≥ 60 dagar) var också andelen kvinnor högre; 61 procent (12). Könsskillnaderna i sjukfrånvaro förekommer i de flesta europeiska länder, även om de inte alltid är kvinnor som har högst sjukfrånvaro (2, 13-16). Det är även fler kvinnor än män som erhåller sjuk- eller aktivitetsersättning (14, 17). Denna könsskillnad gäller också på en mer detaljerad nivå, till exempel i de flesta yrkesgrupper och branscher (2) även om flera undantag finns (9). Graden av könsskillnader varierar med typ av data och vilken del av befolkningen data gäller. Graden varierar också mellan år och länder. *Hur sjukfrånvaron mäts* har dessutom betydelse för eventuellt funna könsskillnader (2, 18). I vissa diagnoser har kvinnor till exempel en högre incidens (antal personer med ny sjukfrånvaro) medan durationen (hur långt ett sjukfrånvarofall blir) är längre för männen (19).

Det finns olika sätt att mäta sjukfrånvaro, för närvarande kan man återfinna ungefär 60 olika mått på sjukfrånvaro i litteraturen. Ett mått på sjukfrånvaro som används mycket av Försäkringskassan i Sverige är det så kallade sjuktalet. Det står för antal ersatta sjukpenningdagar dividerat med antal sjukpenningförsäkrade personer.² I figur 1.1 visas sjuktalets utveckling mellan 1955 och 2010. Som framgår var det inte några större könsskillnader i sjuktalet från 1955, det år en allmän sjukförsäkring infördes i Sverige, fram till 1980; vissa år hade kvinnor något högre sjuktal, andra lägre än män. Från och med 1980-talet har dock sjuktalet varit betydligt högre för kvinnor än för män. Både för kvinnor och män har sjuktalen dessutom varierat mycket, på ett sätt som internationellt sett är ovanligt (2, 20, 21). Sedan början av 1990-talet har variationerna dessutom varit större för kvinnor än för män. Detta leder till två frågor: vilka är orsakerna till kvinnors högre sjuktal under de senaste 25 åren och vilka är orsakerna till att sjuktalen varierar mer över tid för kvinnor än för män?

Det är emellertid viktigt att komma ihåg att det även är stora likheter mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro. I figur 1.1 är det tydligt att de övergripande förändringarna över tid går i samma riktning för båda könen. Det är också stora likheter mellan kvinnor och män när det gäller vanliga förklaringsfaktorer till sjukfrånvaro såsom ålder, utbildning, födelseland och geografisk hemort; dessa faktorer har stor betydelse för både kvinnors och mäns sjukfrånvaro (2, 22). Äldre har ofta längre sjukskrivningsfall, vilket innebär fler sjukfrånvarodagar, men inte fler sjukskrivningsfall än yngre personer (2, 9). Personer med lägre utbildningsnivå, personer boende i glesbygd eller födda utomlands är i större utsträckning sjukskrivna. Det är även samma diagnosgrupper som orsakar störst andel av de långa sjukfallen, respektive sjuk- och aktivitetsersättning, för kvinnor som för män, nämligen muskuloskeletal och psykiska sjukdomar. Även sett över tid, och kopplat till förändringar i konjunkturen och på arbetsmarknaden, finns likheter mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Generellt har dock kvinnor högre sjukfrånvaro inom var och en av dessa kategorier, till exempel inom olika utbildnings-, yrkes- och åldersgrupper.

² Detta innebär att personer som har sjuk- eller aktivitetsersättning inte finns med i nämnaren. Tidigare har de ingått.



Figur 1.1. Sjuktalet 1955–2010 (Försäkringskassan).

I litteraturen om sjukfrånvaro används olika teorier och modeller för att förklara sjukfrånvaro och sjukfrånvaronivåer (2, 3, 10, 23-26). De förklaringar som vanligen används är relaterade till selektion in på och ut från arbetsmarknaden, till belastningar i betalt och obetalt arbete, till fusk/överutnyttjande, till copingstrategier, samt till försäkringens utformning och tillämpning av den. Faktorer som nämns är arbetslivets utformning, hälso- och sjukvårdens behandling, hälsa, sjukdom, vård, bemötande, rehabilitering, ekonomiska incitament, andra socialförsäkringars utformning, förvärvsfrekvens, arbetslöshetsnivåer, ålderspensionsålder, normer, konjunkturläge et cetera.

1.1.3 Möjliga orsaker till könsskillnaderna i sjukskrivning

Nedan följer en sammanfattning av möjliga orsaker till könsskillnader i sjukfrånvaro.

Nivån av sjukfrånvaro i en population, en grupp eller hos en individ påverkas av flera olika faktorer, som dessutom kan interagera med varandra på olika sätt. Faktorer på olika strukturella nivåer (nationellt, lokalt, på arbetsplatser, familjen och hos individen) kan ha betydelse (2, 27). Då sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning är relaterat till sjukdom respektive till möjlighet att behandla/rehabilitera denna sjukdom kommer här först aspekter som är relaterade till sjukdom att lyftas fram. Om det föreligger könsskillnader i sjuklighet kan det vara en orsak till könsskillnader i sjukfrånvaro.

1.1.3.1 Könsskillnader i sjuklighet

Det finns anledning att skilja på olika aspekter av begreppet sjukdom. I svenska språket finns bara ett ord för sjukdom varför vi ofta använder de engelska begreppen *illness*, *disease* och *sickness* (27-29). *Illness* står då för de besvär en person själv anger, medan *disease* står för den sjuklighet läkarvetenskapen vid en speciell tid kan diagnostisera som sjukdom. Det senare förändras över tid, till exempel fanns inte diagnoserna HIV/aids eller fibromyalgi för 30 år sedan, medan andra diagnoser upphör att användas (30). *Sickness* står för den sociala roll, den sjukroll en person får eller tar i samband med

illness eller disease. Vad som berättigar till en sjukroll kan variera mycket mellan olika sociala kontext och för kvinnor och män (27, 29, 31, 32).

I samtliga dessa tre dimensioner har kvinnor högre sjuklighet än män. När det gäller allvarigare sjukdomar, det vill säga sådana som riskerar leda till död är det ingen större könsskillnad, fränsett att det finns könsrelaterade ålderskillnader för vissa sjukdomar. Dessa ålderskillnader är en anledning till att mäns medellivslängd är något kortare än kvinnors. Det är inom besvär som sällan leder till död som kvinnor har högre sjuklighet än män, till exempel värk, urinvägsinfektioner, migrän, nedstämdhet, ångest och sömnproblem (15, 16, 33-38).

Tre huvudsakliga förklaringsmodeller används för att förstå könsskillnader i sjukdom: den biologiska/genetiska, den sociokulturella respektive den metodologiska modellen (16, 37, 39). Enligt den metodologiska modellen är de könsskillnader vi ser i första hand ett resultat av de mätmetoder vi använder (40).

Inom den biologiska/genetiska förklaringsmodellen är kroppsliga skillnaderna mellan kvinnor och män i fokus. Män har större risk för vissa sjukdomar, kvinnor för andra. Det finns möjligen en biologisk skillnad mellan kvinnor och män när det gäller livslängd, etcetera (41). En del av dessa skillnader innebär i sig en större risk för sådan sjuklighet som kan leda till sjukfrånvaro.

De kroppsliga skillnaderna mellan kvinnor och män, vad avser till exempel medellängd, syreupptagningsförmåga, hudtjocklek, procentuell andel muskelmassa och fettvävnad etcetera är dock inte i sig en orsak till könsskillnader i vare sig sjuklighet eller sjukfrånvaro. En vanlig hypotes till orsaker i sjuklighet och därmed möjligen till sjukfrånvaro är att en stor del av arbetslivet och vården är utformade med mannen som norm (36, 39, 42-46). Det innebär en större risk för besvär i olika organsystem för kvinnor. Det innebär också att snarare sociokulturella än biologiska villkor är orsak till könsskillnader i sjuklighet. Enligt sociokulturella förklaringsmodeller kan även andra faktorer leda till könsskillnader i sjuklighet, såsom olika livsvillkor och hälsorelaterade beteenden. Aktuellt är bland annat tillgång till ekonomiska resurser, till service och stöd i hemmet, villkor i och mängd av obetalt arbete (47), socialt nätverk och rollen i detta, livskvalitet, våld och misshandel (26), riskbeteende, utbildning, arbetstillfredsställelse (48), tid och form för resor till arbetet, krav i arbetet, stressande livshändelser och anställningsformer. Större andel kvinnor än män har tillfälliga anställningsformer (49), skiftarbete eller oregelbundna arbetstider (49).

Individens hälsa påverkas av de könsstrukturer som finns i samhället, exempelvis på arbetsmarknaden. Samhällets föreställningar/normer kring hur respektive kön ska vara påverkar också levnadsvanor, yrkesval och delaktighet i samhället som i sin tur har inverkan på mäns och kvinnors hälsa. Aktuellt är till exempel sjukbeteende, beredvillighet att gå in i/acceptera en sjukroll, i attityder till arbete och sjukfrånvaro, livsstil (till exempel vad avser beroendeframkallande substanser, motion, kost, sexuella vanor). Flera studier visar att tidigare sjukfrånvaro har stort samband med fortsatt sjukfrånvaro. Fler kvinnor än män har varit exponerade för detta, vilket delvis har samband med högre sjuklighet, men också med mindre kunskap om många av de besvär kvinnor söker för, olika förhållningssätt till kvinnor vid handläggning av försäkringen, färre ”reträtyrken”, ofta mindre möjlighet till stöd i hemmet vid sjukdom etcetera.

En speciell aspekt är sjukskrivning under *graviditet*. I den internationella debatten ifrågasätts ibland i vilken utsträckning kvinnors sjukfrånvaro verkligen beror på deras sjukdom, om de inte istället är hemma för att ta hand om sjuka barn. Detta torde inte vara vanligt förekommande i Sverige eftersom vi har ett väl utbyggt system för ersättning till föräldrar vid vård av sjukt barn. Däremot är sjukskrivning under graviditet en icke obetydlig faktor när det gäller könsskillnader i sjukfrånvaro. I åldrarna 16-44 år har graviditetsrelaterad sjukskrivning stor betydelse för könsskillnader i sjukfrånvaro (9, 22, 50-57). Viktigt att lyfta fram är att detta har varierat över tid, och kan kopplas till att andra

faktorer har förändrats såsom socialförsäkringens utformning samt anpassningsmöjligheterna i arbetslivet (58).

Utifrån att kvinnor har högre sjuklighet ter det sig inte förvånande att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män. Det saknas emellertid studier av hur personers sjuklighet är relaterad till deras sjukfrånvaro. I detta sammanhang är det centralt att påpeka att en sjukdom eller skada inte i sig ger rätt till att vara sjukfrånvarande eller till ersättning för inkomstbortfallet. Sjukdomen eller skadan måste ha lett till nedsättning av personens arbetsförmåga i relation till de krav som ställs inom personens arbete eller på arbetsmarknaden (59). Förändringar i sjuklighet leder med andra ord inte självklart till förändringar i sjukfrånvaronivåer (2). De flesta som är sjuka är inte sjukskrivna och den sjuklighet som leder till nedsatt arbetsförmåga varierar alltså med kraven i olika yrken (27, 29, 60, 61). Detta innebär att två så kallade rekvisit ska vara uppfyllda; dels ska sjukdom eller skada föreligga, dels ska just denna sjukdom eller skada innebära en nedsättning av personens funktionsförmåga på det sättet att detta påverkar personens arbetsförmåga. För att beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning ska även nedsättningen av arbetsförmåga vara långsiktig, det vill säga det ska gå att ställa en säker prognos för varaktigheten av såväl sjukdomen/skadan som för varaktigheten av funktionsnedsättningen (62).

1.1.3.1.1 Kunskap och praxis inom medicin

En annan aspekt som har betydelse är att det tidigare gjorts mer forskning om män än om kvinnor inom medicin vilket innebär att finns mer kunskap om män; mäns kroppar och sjukdomar (63-68). Det innebär att kvinnor oftare än män kan råka ut för att det inte, med dagens kunskapsnivå, går att ställa en diagnos på de besvär de presenterar. På samma sätt är kunskapen om adekvat behandling och rehabilitering lägre, vilket innebär att en eventuell sjukfrånvaro riskerar att bli längre för kvinnor och att en sjukroll permanentas. Det innebär möjligen även att kvinnor löper större risk att få sina besvär medikaliserade (67, 69-71).

De två största diagnosgrupperna vad gäller sjukfrånvaro och sjuk- eller aktivitetsersättning är muskuloskeletala respektive psykiska sjukdomar. Kvinnor har högre sjukfrånvaro i båda dessa diagnoser (68). En central aspekt här är att kunskapsnivån vad gäller både muskuloskeletala och psykiatriska sjukdomar är lägre än inom andra stora diagnosgrupper såsom cancer och hjärt-kärlsjukdomar (67). Det innebär att kunskapsbasen vad gäller diagnos, behandling, rehabilitering samt prevention är mycket ofullständig för dessa sjukdomsgrupper (2, 72, 73).

I samband med insatser från aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns, trots en könsneutral lagstiftning, utrymme för bedömningar baserade på normföreställningar om kvinnor och män, så kallad genusbias. Det innebär att det kan finnas en skillnad i hur kvinnor och män bemöts i handläggningen av sjukfrånvaro-, sjukskrivnings-, arbetsskade- och rehabiliteringsärenden. Denna fråga gäller olika aktörer, till exempel inom Försäkringskassan, hos arbetsgivare, inom arbetsförmedlingen, sjukvården etcetera. Detta rör sig alltså inte om orsaker till sjukdom eller skada utan om vad som därefter kan påverka sjukdomsförloppet och arbetsmöjligheter. Utvecklingen av ett sjukskrivningsärende påverkas av ett flertal faktorer såsom personers kön, ålder, utbildning, arbetsplats, födelseland samt diagnos, liksom inblandade personers kompetens och attityder. Kvinnor och män erbjuds i viss mån olika rehabiliteringsåtgärder och får olika beslut för liknande problem (22, 49, 61, 67, 74-86).

En annan aspekt här är utformningen av sjukförsäkringen. I Sverige finns en allmän sjukförsäkring som täcker större delen av populationen i yrkesverksamma åldrar och som i princip är könsneutral. Ersättningsnivån bygger på den så kallade standardförsäkringsprincipen, och är alltså relaterad till inkomst av arbete. Dessutom finns ett tak för hur mycket ersättning per dag en person kan få inom den allmänna försäkringen. Det innebär att personer med hög inkomst förlorar en procentuellt högre andel av sin ordinarie lön vid sjukfrånvaro än personer med lägre lön. Enligt ekonomiska teorier skulle det

kunna innebära att de drar sig mer för att vara sjukskrivna (57, 87, 88). Eftersom fler män än kvinnor har högre inkomst innebär det att detta i större utsträckning gäller män. Många personer har dessutom enskilda sjukförsäkringar, där det eventuellt kan finnas könsskillnader, något det finns ytterst begränsad kunskap om ur ett genusperspektiv.

1.1.3.2 Faktorer relaterade till betalt och obetalt arbete

Förvärvsfrekvens, och könsskillnader i den, är en central faktor för sjukfrånvaronivåer, då den är starkt relaterad till selektion in i och ut från arbetsmarknaden (2, 3, 49, 89). Högre förvärvsfrekvens i ett land eller område innebär vanligen högre sjukfrånvaro, eftersom en större andel personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada ingår i arbetskraften. I Sverige är könsskillnader i förvärvsfrekvens relativt små. Dessa siffror är inte alltid jämförbara internationellt eftersom en större del av den kvinnliga arbetskraften i vissa länder arbetar ”svart” eller inte kommer med i statistiken av andra orsaker, till exempel att deltidsarbete under en viss procent inte inkluderas.

Kvinnors arbetskraftsdeltagande ökade från 1970 fram till 1990 och har sedan dess minskat något, både bland kvinnor och män. Idag³ är arbetskraftsdeltagandet i befolkningen, i yrkesverksamma åldrar, 73,8 procent bland män samt 67,3 procent bland kvinnor. Samtidigt har kvinnor i betydligt större utsträckning än män deltidsarbete och tillfälliga anställningar, det vill säga en generell svagare anknytning till arbetsmarknaden (17, 67). Kunskap om konsekvenser av till exempel deltidsarbete för sjuklighet och sjukfrånvaro är mycket begränsad.

Även om kvinnors *förvärvsintensitet* (antal arbetade timmar under en vecka) har ökat, arbetar fortfarande ungefär hälften av alla kvinnor deltid, och i vissa åldrar är många kvinnor föräldralediga. Om kvinnors förvärvsintensitet varit densamma som mäns är det troligt att sjukfrånvarosiffrorna sett annorlunda ut.

Andel *arbetslösa* har betydelse både för sjuklighet och sjukfrånvaro (2, 77, 90). Vid hög arbetslöshet är ofta sjukfrånvaron låg även om situationen i Sverige varit ett undantag de senare åren. Förklaringar till detta som nämns i litteraturen är dels selektionseffekter dels disciplinerings effekter (2, 3, 49).

Omfattande forskning har visat att yrkesarbete är en viktig komponent för hälsa för både kvinnor och för män (67, 91). Däremot finns det naturligtvis hälsorisker inom vissa arbeten, både för kvinnor och för män. En bred forskning har visat att ergonomiska, kemikaliska, fysikaliska och psykosociala arbetsmiljöaspekter har betydelse för hälsa och sjuklighet (3, 49, 92). Aktuellt här är till exempel könsskillnader vad gäller arbetsmiljö; ergonomiskt, biologiskt, kemiskt, fysiskt, psykosocialt, företagshälsovårdens utformning och inställning till kvinnor respektive män, hot och våld, könsdiskriminering, könsskillnader i frånvarokultur, i vilken utsträckning arbetsplatsen är utformad med ett av könen som norm, antal anställda, sjukdomsflexibilitet, preventiva insatser, selektionspolicy, rehabiliteringsåtgärder (2, 93-96).

Den kraftiga *könssegregationen av arbetsmarknaden* har, enligt de få studier som är gjorda inom området, ett starkt samband med sjukfrånvaro. Arbetsmarknaden är könssegregerad i alla länder, men i större utsträckning i Sverige än i de flesta andra. Trots detta finns det förvånansvärt få studier om samband mellan könssegregation och sjukfrånvaro. Här nämns två former av könssegregation (49, 97-102) nämligen;

- (1) den *horisontella* könssegregationen, det vill säga att flertalet av yrken numerärt är antingen mans- eller kvinnodominerade, och
- (2) den *vertikala* könssegregationen, det vill säga att kvinnor i mycket mindre utsträckning återfinns på högre positioner inom arbetslivet (61).

³ Arbetskraftsundersökningen (AKU), april 2010.

Könssegregationen innebär att kvinnor och män i stor utsträckning exponeras för olika arbetsmiljöer (49). Till detta kommer att det även är stora skillnader i exponeringar i kvinnors och mäns fritidsaktiviteter liksom i obetalt arbete. När det gäller den *horisontella* könssegregationen har både kvinnor och män lägre sjukfrånvaro i gruppen av könsintegrerade yrken, högre sjukfrånvaro i gruppen av mans- eller kvinnodominerade yrken och högst i gruppen av extremt mansdominerade och extremt kvinnodominerade yrken (102, 103). Sambandet mellan grad av könssegregation och sjukfrånvaro är störst för kvinnor (49). Andra studier visar samma samband för både *illness*- och *disease*-data med den horisontella könssegregationen (49). Ett motsvarande samband finns även mellan könssegregation och känsla av inflytande, på så sätt att både kvinnor och män har högre känsla av inflytande i könsintegrerade yrken (49). Låg grad av känsla av inflytande har visat sig ha samband med hög sjuklighet (93). Det finns olika förklaringsmodeller till skillnaderna, bland annat relaterade till hälsorelaterad selektion in och ut ur dessa yrken, status, normer, socialt stöd, diskriminering etcetera (102, 104).

Den *vertikala* könssegregationen torde ha betydelse på tre sätt. Personer med lägre yrkespositioner har sämre hälsa än befolkningen i övrigt (38, 102, 105). Dessutom är de sociala konsekvenserna av sjukdom och sjukfrånvaro större i lägre socialgrupper (3). Kvinnor återfinns oftare än män på lägre yrkespositioner och är därmed som grupp mer utsatta för sjukdom och dess konsekvenser. En tredje hypotes är att den frustration, den stress och det ifrågasättande som kvinnor kan uppleva om de under sin yrkeskarriär slår i det så kallade ”glastaket”, i sig på olika sätt kan leda till sjukdom, och därmed i förlängningen till sjukfrånvaro (67).

Kvinnor utför mer *obetalt arbete* än män, det vill säga avsätter mer tid för arbete med hushållsarbete och vård av barn och vuxna (106). I flera studier visas att kvinnors totala arbetstid, när betalt och obetalt arbete summeras, är längre än mäns, det är dock oklart om och i så fall hur detta har samband med hälsa, sjuklighet och sjukfrånvaro (3, 107-118). Kvinnor och män som upplever en konflikt mellan arbete och familj har högre sjukskrivningsrisk, särskilt ensamstående kvinnor med barn (110-113).

Tillgång till, kostnad för och kvalitet på barn- och äldreomsorg, kan påverka villkoren i det obetalda arbetet, framförallt för kvinnor. Tillgång till allmänna kommunikationer kan också påverka, eftersom kvinnor ofta är mer beroende av dem.

När det gäller familjeförhållanden fann SBU ingen evidens för att civilstånd och hemmavarande barn har samband med sjukfrånvaro, på grund av att resultaten från studierna var motstridiga. Däremot fann man ett begränsat vetenskapligt stöd (evidensnivå 3, det vill säga det lägsta) för samband med skilsmässa (2).

Samtliga dessa faktorer kan alltså var för sig ha samband med könsskillnader i sjukfrånvaro. De kan vidare interagera med varandra på olika sätt, så att de motverkar varandra, har en additiv respektive en multiplikativ effekt. Kunskapen om detta är ännu mycket bristfällig och studier om olika aspekter behövs.

Följaktligen har kvinnor och män i stor utsträckning olika arbetsvillkor när det gäller arbetsmiljö, inflytande och lön. Detta anses vara en central orsak till könsskillnaderna i sjukfrånvaro, något som endast har studerats i begränsad omfattning (9, 22, 61, 67, 103, 118-124).

1.1.4 Möjliga orsaker till att kvinnors sjukfrånvaro varierat mer än mäns

Kvinnors sjukfrånvaro har inte bara varit högre än mäns utan även varierat mer än mäns de senaste 20 åren (figur 1.1). Förändringar i sjukfrånvaronivå i en grupp kan bero på många olika faktorer, på olika strukturella nivåer. En faktor som ofta nämns är förändringar i sjukförsäkringens utformning (2, 125) dock har det inte varit några könsskillnader i de förändringar som genomförts i den svenska sjukförsäkringens. Däremot kan förändringarna ha fått könsspecifika effekter, bland annat relaterade till ersättningsnivåer och tak för ersättning som, enligt ovanstående, kan få olika effekt för kvinnor och

män beroende på könsskillnader i lön. Dessutom kan den faktiska tillämpningen av sjukförsäkringen ha påverkat sjukfrånvaron olika för kvinnor och män.

I samband med den dramatiska ökningen av sjukfrånvaro under slutet av 1990- och början av 2000-talet gjordes några studier om detta (77, 90, 126, 127-129). Nedan nämns några möjliga orsaker till att ökningen i sjukfrånvaro var större för kvinnor.

En möjlig orsak är att *kraven* på flera sätt *ökade* i numerärt kvinnodominerade yrken över en 15-årsperiod – både för de kvinnor och de män som arbetar i sådana yrken (49, 77, 80, 126). Eftersom det ju främst är kvinnor som arbetar i kvinnodominerade yrken innebär det att stressen och pressen i betalt arbete generellt ökade mer för kvinnor än för män, vilket torde vara en central förklaring till att sjukfrånvaron ökat mer för kvinnor än för män. De nedskärningar i offentlig sektor som skedde innebar också att en större mängd av omvårdnadsarbetet fick skötas obetalt, arbete som ofta sköts av kvinnor.

Under 1980-talet sjönk förvärvsfrekvensen bland äldre män, medan den ökade bland kvinnor i alla åldrar, vilket förklarar en del av de ökade könsskillnaderna i sjukfrånvaro då (3, 9), men dessa förändringar kan inte förklara ökningarna kring senaste sekelskiftet. Andelen äldre i arbetskraften ökade (77, 90, 126, 130) vilket ansågs förklara cirka fem procent av ökningen. Vi har en åldrande befolkning och effekten av ökning av andelen äldre på långa sjukskrivningsfall var större för kvinnor än för män (49). Eventuellt har detta ett samband både med nedskärningarna i offentlig sektor, där de som har haft anställning längst ofta blir kvar, det vill säga äldre kvinnor, i kombination med de ökade kraven i kvinnoyrken.

Könsskillnaderna i sjuklighet ökade, på så sätt att mäns hälsa förbättras snabbare än kvinnors (15, 38, 131, 132). Även detta är en möjlig orsak till de då ökande skillnaderna i sjukfrånvaro. Andelen ”reträtyrken” minskade i och med strukturomvandlingar på arbetsmarknaden – om detta skedde i större utsträckning för kvinnor än för män är oklart.

En hypotes till ökad andel kvinnor bland de sjukskrivna och de med sjukersättning är att kvinnors *attityder* förändrats. Tidigare har många kvinnor gått ner i arbetstid eller helt slutat förvärvsarbete när deras arbetsförmåga sviktat på grund av sjukdom, det vill säga kvinnor och deras eventuella familjer har mer individualiserat problemet och dess lösning. Nu har fler kvinnor istället börjat göra som män, nämligen sökt sjukskrivning och sjukersättning (73).

Utvecklingen för ensamstående föräldrar, vilka i övervägande majoritet är kvinnor, har även varit negativ i förhållande till andra grupper i samhället (3, 133, 134). Även detta torde kunna vara en orsak till att kvinnors sjukfrånvaro är högre och ökade mer.

1.1.5 Syftet med rapporten

I denna rapport presenteras resultat från några olika forskningsprojekt och studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro.

Flera av de resultat som presenteras här gäller samband mellan att vara sjukskriven och risk för framtida sjuk- eller aktivitetsersättning respektive förtida död, generellt och i olika diagnoser, samt studier av att ha sjuk- eller aktivitetsersättning och risk för förtida död, även detta såväl generellt som i olika diagnoser (135-141). Vi presenterar även resultat om det första området, riskfaktorer för att bli sjukskriven. I de flesta studier om riskfaktorer för sjukfrånvaro finns en osäkerhet om vad som är effekt av selektion, baserat på arv eller faktorer tidigt i livet, vad avser de studerade variablerna. För att besvara den typen av frågor har vi använt data från en tvillingkohort (142). Vi presenterar även resultat vad avser faktorer som kan påverka återgång i arbete bland sjukskrivna, dels för personer som genomgått försäkringsmedicinsk utredning och dels om sjukskrivnas upplevelse av bemötande från professionella (143). Olika typer av studiedesign och data används i de olika projekten och delstudierna.

Följande typer av data har används; enkätdata, intervjuer, data från medicinska utredningar och från Försäkringskassans akter, registerdata från Statistiska centralbyrån (LISA), från Socialstyrelsen (patientregistret och dödsorsaksregistret) och från Försäkringskassan (MiDAS).

I flera av studierna följer vi prospektivt en kohort av samtliga drygt fem miljoner personer som 1995 var 16–65 år gamla och bodde i Sverige. Ytterligare två kohorter följs prospektivt, dels samtliga personer som bodde i Sverige 2000 och då var 16–65 år, dels samma grupp som gjorde det 2005. De följs upp med avseende på bland annat sjukfrånvaro, sjukersättning och död.

1.1.6 Varför kohortstudier?

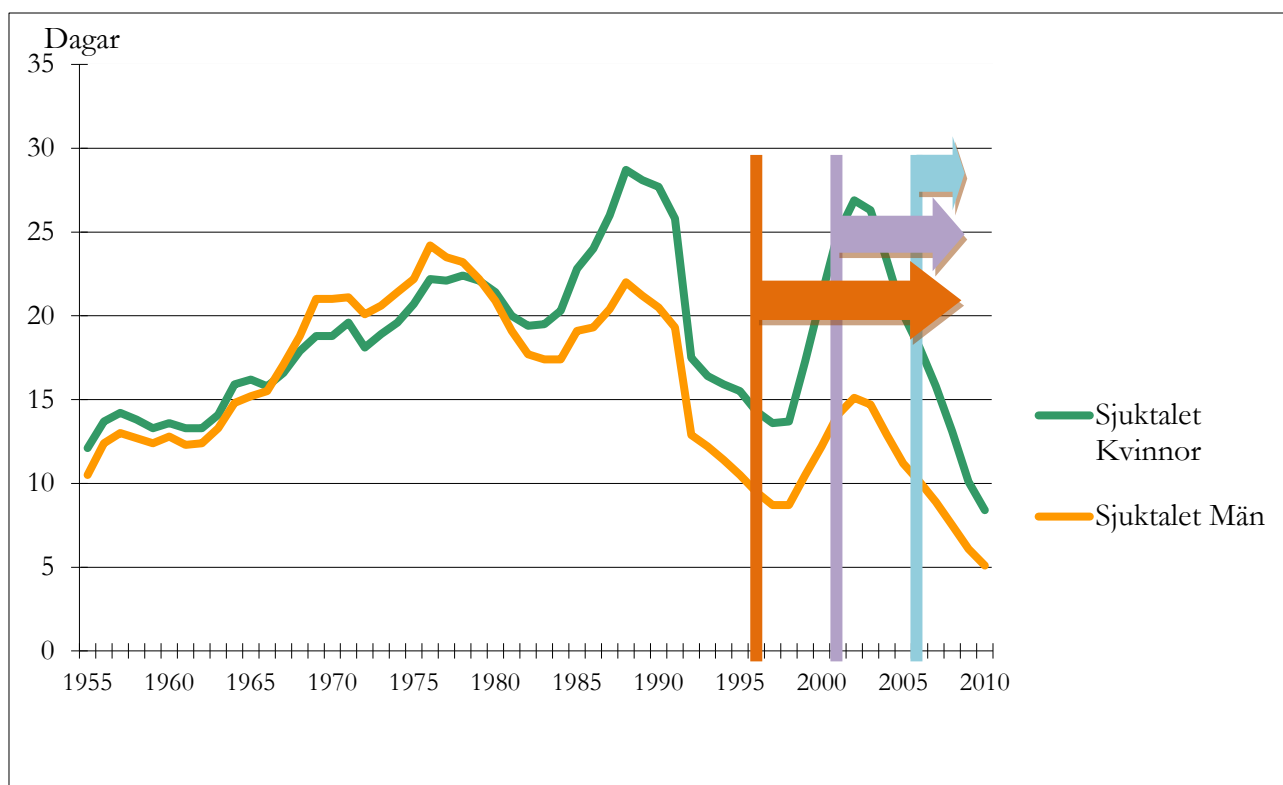
Många tidigare studier om sjukfrånvaro har gjorts på små, ofta selekterade grupper. Sådana studier behövs, men för att kunna generalisera resultaten behövs även studier från större och populationsbaserade grupper (2). Kurvorna från Försäkringskassan i figur 1.1 presenterade en tidsserie av prevalensdata. Sjuktalet visar antalet sjukpenningdagar⁴ dividerat med antal personer som kunde få sjukpenning det året.⁵ Antalet personer, det vill säga siffran i nämnaren, ändras alltså mellan varje år. Dessa siffror ger inte information om huruvida det är samma personer som är sjukfrånvarande en period som en annan period. För vissa personer är det naturligtvis inte alls möjligt – de som var under 16 år 1995 var då inte berättigade till sjukpenning och fanns alltså inte med i vare sig täljaren eller nämnaren, men flera av dem fanns med i nämnaren året därpå, och ännu fler till exempel år 2005. På samma sätt blev alltför av de som 1995 var äldre under de kommande åren ålderspensionerade eller fick sjukersättning och finns inte heller med i täljaren eller nämnaren för olika år i figur 1.1.

En helt annan frågeställning är hur den framtida (sjukfrånvaro)situationen ser ut för de kvinnor och män som var sjukskrivna år 1995. Det året var sjuktalet förhållandevis lågt. Skiljer sig deras framtida situation från den för de som var sjukskrivna år 2000, när sjuktalet var så mycket högre? Och från den för de som var sjukskrivna år 2005, när sjuktalet var på väg ner igen? Att följa en och samma grupp över tid kallas att göra en prospektiv kohortstudie. I en kohort inkluderas personer som uppfyller vissa kriterier, så kallade inklusionskriterier, och samtliga dessa personer följs över tid. Ibland insamlas även data från tidigare år, så kallade retrospektiva data, det vill säga retrospektiva i förhållande till inkluderingen i kohorten. I denna rapport redovisas bland annat resultat för den framtida situationen för tre sådana kohorter följs över tid – nämligen de som uppfyller vissa inklusionskriterier för år 1995, år 2000 respektive år 2005. I figur 1.2 har dessa tre kohorter och sjuktalet för respektive inklusionsår tydliggjorts med tre linjer. De tre kohorterna kallas i fortsättningen kohort 1995, kohort 2000 samt kohort 2005. Det framgår av figur 1.2 att sjuktalet var relativt lågt i kohorten 1995, betydligt högre i kohorten 2000 och fortfarande högt för kvinnorna i kohort 2005.

När sjukfrånvaro under ett visst år studeras behöver olika aspekter tas hänsyn till, såsom antal sjukskrivningsfall, antal sjukfrånvarodagar, och hur man ska hantera de sjukskrivningsfall som påbörjades föregående år, eller som fortsatte efter det studerade året. I bilaga 2 samt i respektive delrapport diskuteras detta mer i detalj.

⁴ Sjukpenningdag = sjukfrånvarodag som Försäkringskassan ersatt med sjukpenning.

⁵ Nämnaren i beräkning av sjuktalet har varierat något över tid. För närvarande består det av antal personer som är över 16 år och som är berättigade till sjukpenning, det vill säga personer med heltids sjukersättning är inte med.



Figur 1.2. Sjuktalet 1955–2010 (Försäkringskassan). De tre vertikala linjerna indikerar de tre kohorter som i flera av studierna följs prospektivt framåt i tiden.

2 Resultat

Här presenteras övergripande resultat från de olika delstudierna i projektet. I flera studier används att få sjuk- eller aktivitetsersättning respektive förtida död som utfallsmått. Personer som är sjukskrivna har naturligtvis en högre risk för båda dessa typer av utfall, genererat av sin sjukdom. Viktigt att beakta här är dock att de flesta sjukskrivningar är i diagnoser som mycket sällan leder till död.

Först presenteras resultat där vi följt samtliga personer i Sverige år 1995 som då var i åldrarna 20–64 framåt vad de gäller deras försörjningssituation, för att ge en bild av den kohortens försörjningssituation när prospektiva data används (141).

2.1 Utvecklingen av försörjningssituationen bland sjukskrivna

Vanligen redovisas tvärsnittsdata av sjukfrånvaro i Sverige, såsom i figur 1.1. Det gör det svårt att tolka vad som händer på längre sikt för individer som varit sjukskrivna och det ger en ofullständig bild av hur ersatt sjukfrånvaro hänger samman med andra ersättningar och andra former av försörjning. Här presenteras mer utförliga data för tre olika kohorter. I den första ingår samtliga 5,1 miljoner personer (49 % kvinnor) som bodde i Sverige den 31/12 1994 och som då var i åldern 20–64 år. I de två andra kohorterna inkluderades de personer som bodde i Sverige den 31/12 1999 (5,2 miljoner, 49 % kvinnor) respektive 31/12 2004 (5,3 miljoner, 49 % kvinnor). Personerna i varje kohort har klassificerats i olika grupper efter den försörjningssituation var och en haft under varje år fram till och med 2008. Utvecklingen har följts för varje enskild person. Data har inhämtats från SCB:s LISA-databas och Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Utgångspunkten för denna klassificering har varit SCB:s indelning av individer i sysselsatta respektive icke-sysselsatta vilket baseras på den årliga förvärvsinkomstens storlek (144). Sysselsättningsgrupperingen kompletterades med information om, och i så fall i hur stor utsträckning, individen haft olika typer av annan försörjning än lön. Här har vi klassifi-

cerat individerna baserat på typ av försörjning i de grupper som listas i tabell 2.1.1. De som under minst halva årets dagar varit arbetslösa, haft föräldrapenning, haft sjukpenning eller fått sjuk- eller aktivitetsersättning har placerats i respektive grupp för detta. Uppgift om antalet dagar man har haft socialbidrag, studiestöd eller ålderspension finns inte. De som saknade sysselsättning (enligt SCB:s definitioner) definierades därför som socialbidragstagare (haft försörjningsstöd), studerande respektive ålderspensionerad om mer än hälften av deras disponibla inkomst respektive år kommit från socialbidraget/försörjningsstödet, studiestöd respektive ålderspension.⁶ Klassificeringen är gjord i ömsesidigt uteslutande kategorier, så att en individ endast kan ingå i en kategori under ett enskilt år. För personerna i gruppen ”Ej sysselsatt/begränsat med noteringar” finns varken i LISA eller i övriga register någon närmare information om försörjningen, utom att de inte varit sysselsatta. Deras försörjningssituation är alltså oklar.

I tabell 2.1.1. framgår antal och andel kvinnor och män för var och en av de åtta olika grupperna liksom gruppens benämning. Två grupper tillkommer, dels de som avlidit de kommande åren, dels de som bortfallit från LISA (i huvudsak emigrerade).

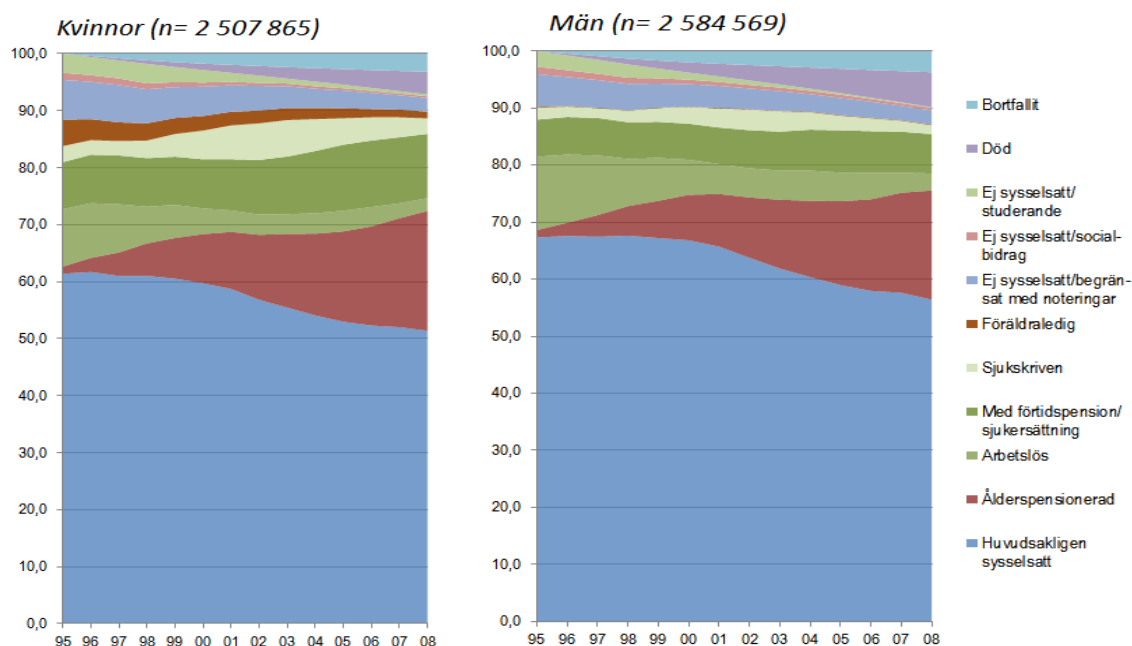
Tabell 2.1.1. Gruppering efter huvudsaklig försörjningssituation av kvinnor och män som 1995 var bosatta i Sverige och då var 20–64 år gamla.

	Kvinnor		Män	
	antal	%	antal	%
I huvudsak sysselsatt	1 540 076	61,4	1 740 752	67,4
Ålderspensionerad	31 227	1,2	33 307	1,3
Långtidsarbetslös	252 341	10,1	332 982	12,9
Sjuk- eller aktivitetsersättning	207 172	8,3	167 416	6,5
Långtidssjukskriven	71 004	2,8	54 401	2,1
Långtidsledig med föräldrapenning	116 811	4,7	3 758	0,1
Ej sysselsatt/socialbidrag	174 428	7,0	147 842	5,7
Ej sysselsatt/studerande	31 236	1,2	34 702	1,3
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	83 570	3,3	69 409	2,7
Totalt	2 507 865	100	2 584 569	100

Utgångspunkten för analysen har tagits i den försörjningssituation personerna hade under respektive kohorts startår, det vill säga 1995, 2000 respektive 2005. I fokus har varit om utvecklingen under de kommande åren sett olika ut för kvinnor och män samt eventuella skillnader mellan de tre kohorterna.

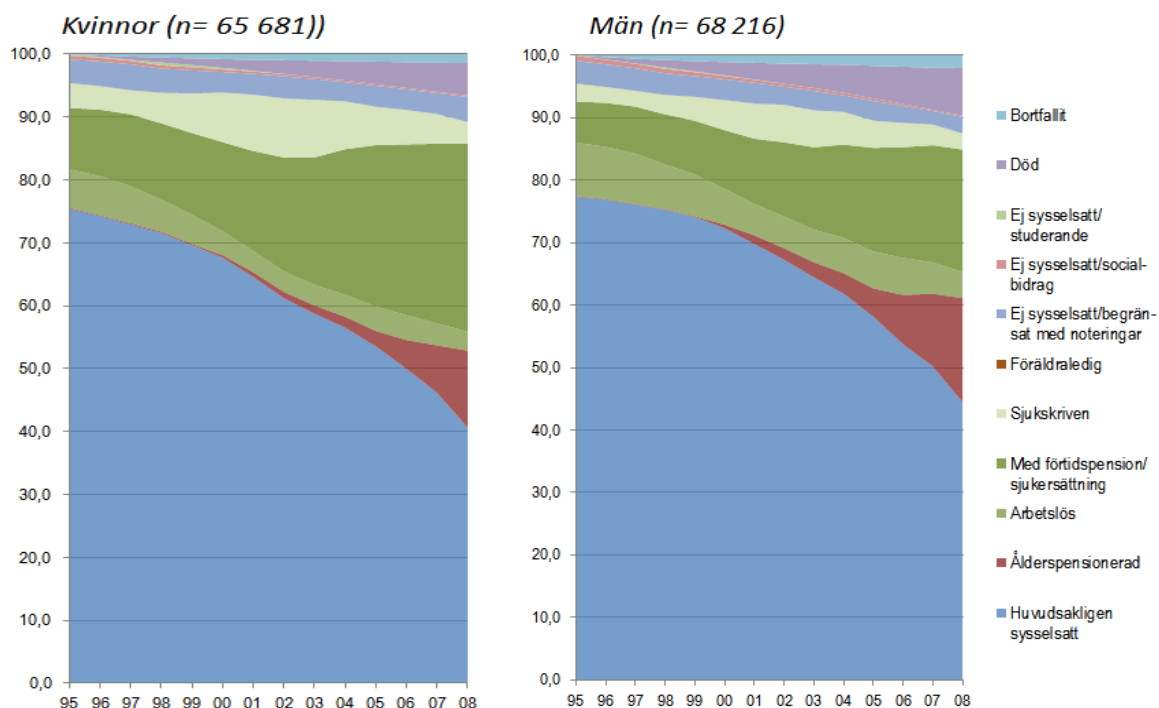
Först visas utvecklingen över tid för samtliga personer som ingår i 1995 års kohort, figur 2.1.1. Figuren ger en översiktlig bild av hur försörjningssituationerna fördelade sig under de följande åren. Eftersom personerna med tiden blir äldre ökar hela tiden antalet ålderspensionärer samtidigt som andelen sysselsatta går ned. Samtidigt är det uppenbart att många ålderspensionärer också kommer från övriga försörjningskategorier. Huvuddelen av de som var sysselsatta år 1995, det vill säga till större delen försörjda av förvärvsinkomst, var fortfarande sysselsatta 13 år senare. Både bland kvinnor och bland män minskade dock andelen sysselsatta med ungefär 10 procent under de 13 åren. Bland kvinnor minskade den från drygt 60 procent till drygt 50 och bland män från knappt 70 procent till knappt 60.

⁶ Eftersom sysselsättning definierats annorlunda i denna studie än i SCB:s statistik blir antalet sysselsatta knappt en halv miljon färre än den anges i SCB:s regionala registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (145).



Figur 2.1.1. Försörjningssituation 1995–2008 för de som 1995 var bosatta i Sverige och detta år var i 20–64 år. Procent. På x-axeln anges årtal. På y-axeln anges andel personer.

Utvecklingen över tid kan förväntas vara starkt beroende av ålder. De ålderspensionerade finns till exempel framförallt bland de som passerat 65-årsgränsen. Sjuk- och aktivitetsersättning är särskilt vanlig under åren strax före 65 års ålder. Föräldralediga finns främst bland de yngre och så vidare. Det innebär att det finns anledning att också följa enskilda åldersgrupper var för sig. Här har vi valt att göra det för de kvinnor och män som 1995 var 50 år gamla, då de inte når 65 års ålder under uppföljningen. Deras utveckling över de följande åren framgår av figur 2.1.2.



Figur 2.1.2. Försörjningssituation 1995–2008 för de som 1995 var bosatta i Sverige och detta år var 50 år. Procent. På x-axeln anges årtal. På y-axeln anges andel personer.

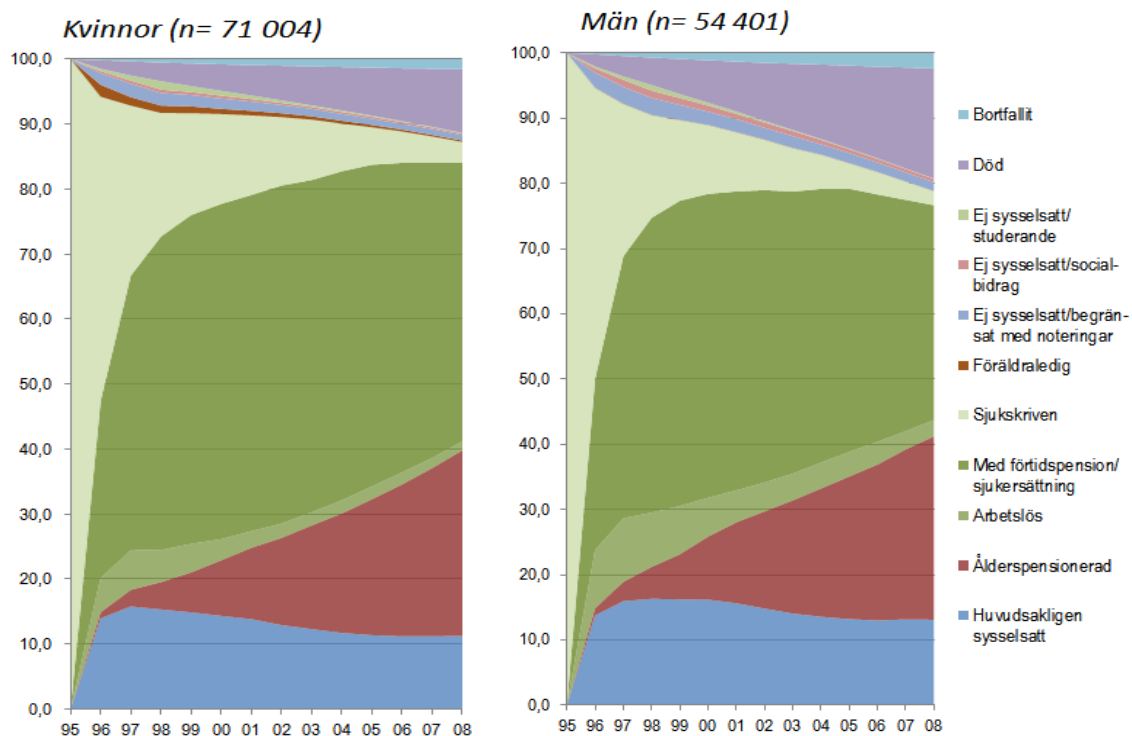
I de resultat som presenteras i projektets delrapport 1–2 (146) framgår att större delen av de som var försörjda via olika bidrag eller ersättningar från socialförsäkring när kohorten startade fortfarande inte var i arbete vid uppföljningstidens slut.

En liknande bild framträdde för de kvinnor och män som i huvudsak var försörjda av socialbidrag 1995 (146). Bland de som 1995 var långtidsarbetslösa kunde endast cirka hälften återfinnas som sysselsatta efter 13 år. För kvinnor var övergång från yrkesarbete till sjuk- eller aktivitetsersättning mer vanligt och för män övergång till långtidsarbetslöshet. Bland de som hade föräldrapenning 1995 utvecklades sysselsättningssituationen klart sämre för männen än för kvinnorna. En möjlig tolkning kan vara att några av dessa män redan från början haft en svag sysselsättningssituation, vilket både kan ha bidragit till föräldraledigheten och till den efterföljande situationen.

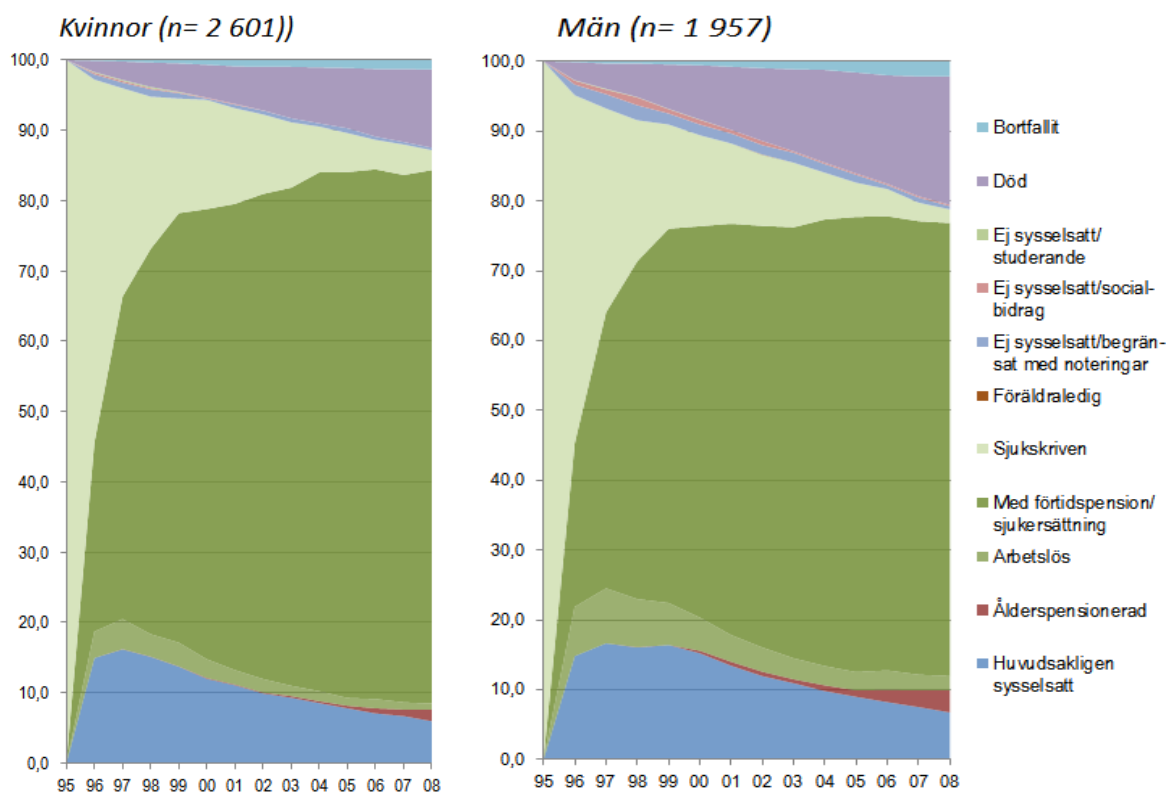
Förtida död var vanligare bland de långtidsarbetslösa än bland de sysselsatta och ännu vanligare bland de långtidssjukskrivna. Allra högst var risken för förtida död för de med sjuk- och aktivitetsersättning. Denna tydligt förhöjda risk för förtida död var mer markerad för männen än för kvinnorna.

I figur 2.1.3 visas den framtida utvecklingen vad gäller försörjning och död för de personer som var långtidssjukskrivna under 1995, det vill säga de som var sjukskrivna minst sex månader sammanlagt under det året (det ”ljugröna” fältet i figur 2.1.1). Tretton procent av de långtidssjukskrivna männen och 11 procent av de långtidssjukskrivna kvinnorna hade efter 13 år kommit tillbaka till arbetslivet i den meningen att de hamnat i gruppen i huvudsak sysselsatta. Många hade sjukersättning eller ålderspension.

I figur 2.1.4 redovisas situationen för de kvinnor och män som 1995 var 50 år och långtidssjukskrivna. Genom 50-årsavgränsningen har det tidigare så framträdande mönstret med allt fler ålderspensionerade mer eller mindre försvunnit. Sysselsättningsutvecklingen är däremot knappast mer gynnsam. Prognosen för ett framtida deltagande i arbetslivet såg dystert ut för de som var 50 år och långtidssjukskrivna.



Figur 2.1.3. Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som 1995 var långtidssjukskrivna (minst sex månader) och 20–64 år. Procent. På x-axeln anges årtal. På y-axeln anges andel personer.



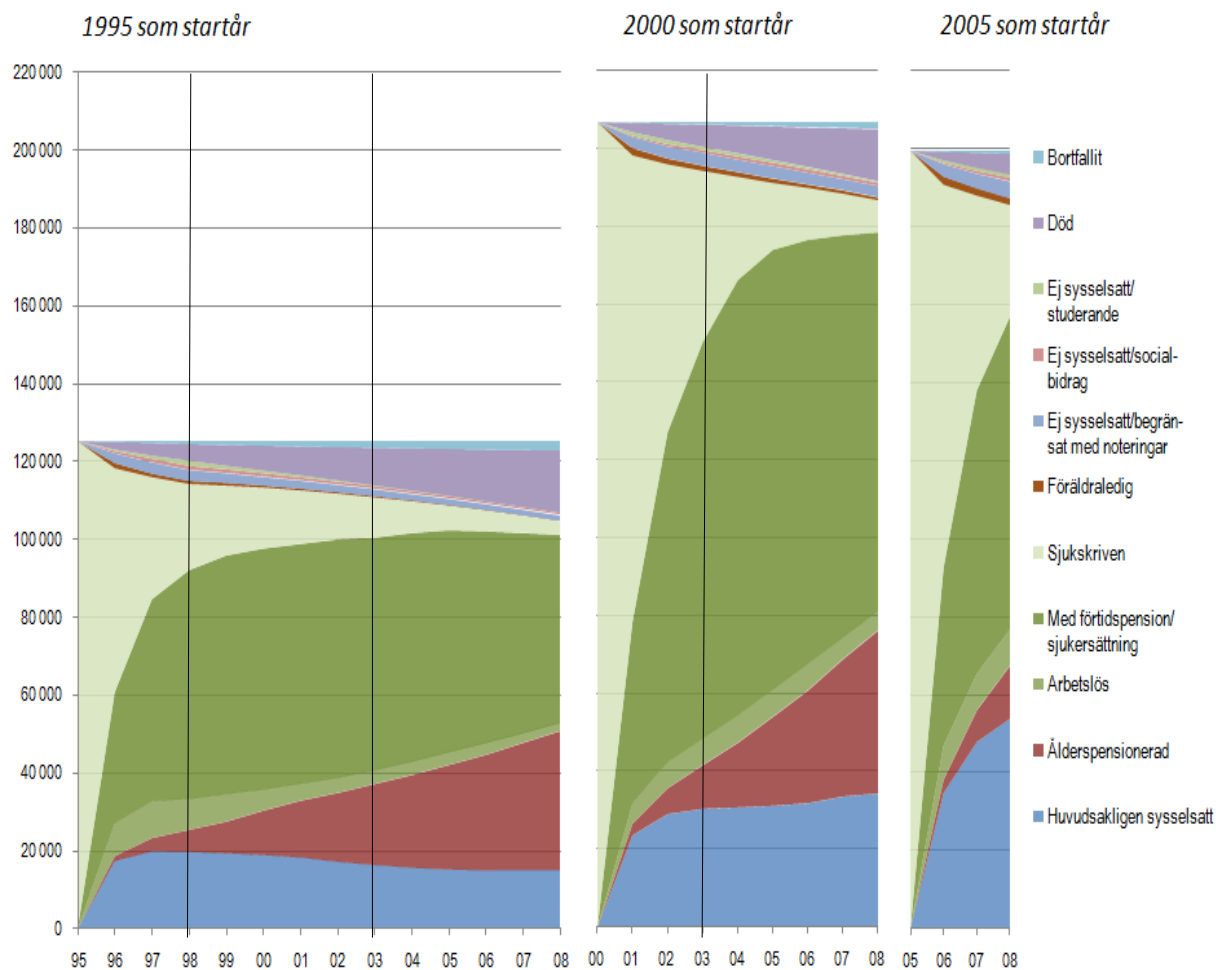
Figur 2.1.4. Försörjningssituation 1995–2008 för dem som 1995 var långtidssjukskrivna minst sex månader och 50 år. Procent.

På x-axeln anges årtal.

På y-axeln anges andel personer.

Den studerade perioden utmärktes rent generellt av förbättrade arbetsmarknadsutsikter med en allt högre sysselsättningsnivå och lägre arbetslöshet för befolkningen (90, 145). Samtidigt skedde förändringar i socialförsäkringssystemen och i tillämpningen av dem. Det har också skett förändringar i befolkningens sammansättning, bland annat genom att andelen äldre och andelen invandrare ökat.

En jämförelse mellan de tre kohorterna 1995, 2000 och 2005 visar skillnader både bland de grupper som i utgångsläget huvudsakligen försörjde sig via bidrag och bland de huvudsakligen sysselsatta (figur 2.1.5).



Figur 2.1.5. Försörjningssituation under de kommande åren för dem som initialt var långtidssjukskrivna (mer än sex månader) i var och en av de tre kohorterna med startår 1995, 2000 respektive 2005. På x-axeln anges årtal, samtliga kohorter följs upp till och med år 2008. På y-axeln anges antal personer.

Andelen som under de kommande tre åren blev sysselsatta bland de tidigare långtidssjukskrivna var betydligt högre i den tredje kohorten, det vill säga kohorten 2005, jämfört med den första och den andra, såväl bland kvinnor som bland män (tabell 2.1.2 och 2.1.3). För de långtidsarbetslösa i 1995 års kohort var en tredjedel i huvudsak sysselsatta efter tre år medan andelen sysselsatta efter tre år steg till 44 procent i 2005 års kohort. Minskningen i andelen långtidsarbetslösa var mer markerad bland kvinnor än bland män. Denna skillnad mellan kvinnor och män var störst i kohorten med startår 2000, då arbetslösheten inom befolkningen gick ned markant.

Tabell 2.1.2. Kvinnor som var långtidssjukskrivna under respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under vart och ett av de tre kommande åren.

	1995 som startår (n = 71 004)			2000 som startår (n = 129 161)			2005 som startår (n = 126 718)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	14,0	15,8	15,3	11,4	14,2	14,8	17,4	23,7	26,1
Ålderspensionerad	0,9	2,5	4,2	1,2	2,8	4,8	1,4	3,5	6,0
Långtidsarbetslös	5,3	6,1	4,9	1,9	2,4	2,4	3,3	3,6	3,6
Sjuk- och aktivitetsersättning	27,3	42,3	48,2	22,2	40,9	49,8	23,1	36,8	40,9
Långtidssjukskriven	46,7	26,1	19,0	59,2	34,8	22,8	50,1	26,2	15,3
Långtidsledig med föräldrapenning	1,9	1,3	1,1	1,4	1,1	1,0	1,6	1,5	1,4
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	1,8	2,1	1,9	1,2	1,4	1,4	1,4	1,7	1,9
Ej sysselsatt/socialbidrag	0,3	0,5	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3
Ej sysselsatt/studerande	0,4	0,8	1,3	0,5	0,6	0,4	0,4	0,6	0,6
Död	1,3	2,2	2,9	0,9	1,6	2,2	0,8	1,4	2,0
Bortfallit	0,2	0,3	0,5	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3

Tabell 2.1.3. Män som var långtidssjukskrivna under respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under vart och ett av de tre kommande åren.

	1995 som startår (n = 54 401)			2000 som startår (n = 77 621)			2005 som startår (n = 72 518)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	13,8	16,0	16,3	11,6	14,0	14,5	17,4	23,7	26,1
Ålderspensionerad	1,1	3,0	4,9	1,7	3,8	6,4	2,1	5,0	8,2
Långtidsarbetslös	8,9	9,7	8,3	3,6	4,7	4,8	6,3	6,5	6,4
Sjuk- och aktivitetsersättning	26,3	40,2	45,2	23,2	41,0	48,3	22,6	35,8	38,8
Långtidssjukskriven	44,5	23,3	15,7	55,8	30,8	18,8	47,5	23,1	12,9
Långtidsledig med föräldrapenning	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	2,3	2,6	2,6	1,7	1,7	1,9	1,8	2,1	2,5
Ej sysselsatt/socialbidrag	0,7	1,1	1,1	0,3	0,5	0,6	0,3	0,5	0,7
Ej sysselsatt/studerande	0,3	0,5	0,9	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3
Död	1,9	3,1	4,2	1,5	2,7	3,8	1,5	2,6	3,6
Bortfallit	0,2	0,5	0,7	0,1	0,3	0,4	0,1	0,3	0,5

2.2 Samband mellan korta sjukskrivningsfall och framtida sjukersättning

Allmänt anses det vara bättre med korta sjukskrivningsfall än med långa. De innebär mindre risk för att individen ska förlora kontakten med arbetsplatsen och för att hamna i en sjukroll, men studier saknas i princip om detta (2). De korta sjukskrivningsfallen har under senare år spelat en mindre framträdande roll när det gäller studier av det totala antalet utbetalda sjukpenningdagar och av hur antalet ersatta dagar förändrats över tid. Ett skäl till detta är att det förekommit mycket stora förändringarna i förekomst av långa sjukskrivningsfall och hur dessa varierat över tid. Det är dock av intresse att särskilt granska de korta sjukskrivningsfallen, eftersom de för många kan innebära början på en längre sjukskrivningshistorik.

Den absoluta merparten av alla sjukfrånvarofall är korta, under en eller två veckor, samtidigt som de korta sjukskrivningsfallen står för en begränsad del av antalet sjukfrånvarodagar under ett år (2, 147-149). Innan arbetsgivarperioden infördes, och det dåvarande Riksförsäkringsverket hade data om all ersatt sjukfrånvaro, stod till exempel sjukskrivningsfallen som varade över 90 dagar för två procent av alla sjukskrivningsfall men för 45 procent av sjukfrånvarodagarna (149). Sedan arbetsgivarperioden infördes har Försäkringskassan inte information om de kortaste sjukskrivningsfallen för merparten av befolkningen. Överlag torde situationen dock vara densamma; en studie av alla sjukskrivningsfall inom Polismyndigheten i Stockholms län 2007 visade att 80-dagarsfallen stod för två procent av fallen och 53 procent av sjukfrånvarodagarna (147).

Här presenteras resultat om hur kvinnors och mäns sjukfrånvarolängd påverkar risken för framtida sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning. Det är en mycket stor variation i sjukfrånvaromönster mellan olika personer, de flesta har ingen sjukfrånvaro under ett år, några har bara något kort sjukskrivningsfall, medan andra har många korta eller ett eller få längre (2, 147).

Studiepopulationen har bestått av kohorten av samtliga 4 653 312 personer som var folkbokförda i Sverige den 31/12 1994, var 20–64 år gamla och inte hade sjukbidrag eller sjuk- eller aktivitetsersättning. Data från SCB:s LISA-databas, Socialstyrelsens slutenvårdsregister och dödsorsaksregister samt Försäkringskassans MiDAS-databas har använts. ”Korta sjukskrivningsfall” har definierats som sjukskrivningsfall som påbörjats under 1994–1995 och som varat högst 21 dagar och där åtminstone en dag ersatts av Försäkringskassan. Vanligen har de första 14 dagarna i dessa sjukskrivningsfall ersatts via sjuklön av arbetsgivaren. För var och en av personerna i kohorten har antal sådana korta sjukfrånvarofall under perioden 1994–1995 beräknats. Eftersom en person som har långa sjukskrivningsfall inte samtidigt kan ha korta sjukskrivningsfall har även personernas totala antal sjukpenningdagar under de två åren beräknats.

Individernas skilda frånvaromönster har följts upp för åren 1996–1998 vad gäller eventuell förekomst av framtida sjukfrånvaro och fram till och med 2009 vad gäller sjuk- eller aktivitetsersättning (146). Analysen har gjorts separat för kvinnor och män. Ojusterade riskvärden (HR) har beräknats och dessa justerades sedan för ålder samt för individernas vårdtid på sjukhus under de sex åren 1990–1995 för att hantera eventuella samband med såväl ålder som sjuklighet, sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning.

Resultaten visar att personer med ett eller flera korta sjukskrivningsfall haft ökad risk för framtida sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning, om den sammanlagda sjukskrivningstiden varit kort – 75 dagar eller mindre. Resultaten visar också att personer med korta sjukskrivningsfall haft minskad risk för framtida sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning, om den sammanlagda sjukskrivningstiden varit lång – mer än 165 dagar (146). När de statistiska analyserna fördjupades och justering gjordes för ålder markerades dessa skillnader ytterligare (tabell 2.2.1). Det framgår av tabellen att risken för sjuk- och aktivitetsersättning var lägre för de med många sjukpenningdagar som samtidigt haft flera korta sjukskrivningsfall. Dessa riskskillnader var större för män än för kvinnor. För individer med fler korta sjukskrivningsfall och som hade ett mer begränsat antal sjukpenningdagar (1–75 dagar) var bilden den omvända. Riskskillnaderna var också här större för män än för kvinnor.

När hänsyn i de statistiska analyserna togs till vårdtiden minskade skillnaderna mellan de med inga, ett eller fler korta sjukskrivningsfall. Detta kan tolkas så att den sjuklighet som slutenvårdsdata återspeglar, förklarar en del av skillnaderna som iakttagits i risken för framtida sjuk- och aktivitetsersättning.

En del skillnader mellan de med olika antal korta sjukskrivningsfall kvarstår dock även sedan hänsyn tagits till ålder och vårdtid. Ytterligare något annat måste till för att förklara skillnaderna. För att pröva om skillnader i framtida sjuk- eller aktivitetsersättning har något att göra med personernas sjukskrivningshistorik, har hänsyn också tagits till förekommande sjukskrivning året innan de båda åren 1994 och 1995. Materialet har uppdelats efter om personerna i kohorten hade några sjukpenningdagar eller inte år 1993. Personer som finns med i den sista kolumnen i tabell 2.2.1 är de som inte haft några sjukpenningdagar under 1993. Genom att endast inkluderade de utan sjukpenningdagar blir personerna som jämförs i denna kolumn mer lika med avseende på sjukskrivningshistorik. Det visar sig också att skillnaderna i risk för sjuk- eller aktivitetsersättning efter en sådan kontroll blir avsevärt lägre. Detta kan tolkas som en indikation på att en del av skillnaderna i risk för sjukersättning har med sjukskrivningshistoriken att göra.

Statistiska justeringar för vårdtid och för tidigare sjukskrivning innebar också att skillnaderna mellan kvinnor och män minskade när det gällde framtida risk för sjuk- och aktivitetsersättning. Tidigare sjukskrivning var särskilt central för att minska skillnaderna mellan kvinnor och män. Detta kan tolkas som att männen haft en annorlunda sjukdomshistorik jämfört med kvinnorna. Fortsatta analyser av detta behövs för att få kunskap om mekanismerna bakom könsskillnader i risk för framtida sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning i relation till tidigare sjukskrivningsmönster.

Tabell 2.2.1. Kombinationer av sjukskrivningstidens totala längd och antalet korta sjukskrivningsfall satt i relation till senare risk för sjuk- och aktivitetsersättning under de kommande 15 åren.^a Hazard Ration (HR) och 95% konfidensintervall (KI).^b Justering för ålder och vårdtid samt hänsyn tagen till sjukskrivning 1993.

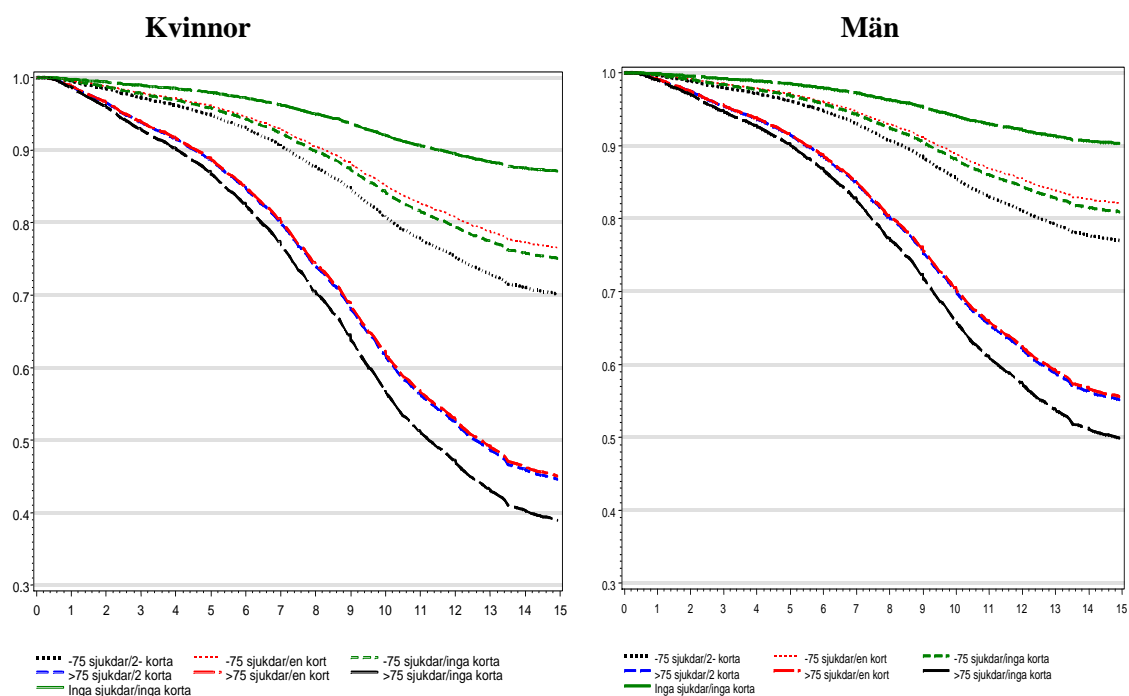
Summa sjukpenningdagar 1994–95	Antal korta sjukskrivningsfall 1994–95		HR justerat för ålder och vårdtid endast för de personer som inte hade några sjukpenningdagar 1993		
	N	HR (95% KI) utan justering	HR justerat för ålder och vårdtid		
Kvinnor					
0	0	1 695 291	1	1	1
1–75 dagar	≥2	44 720	2,42 (2,37–2,47)	2,46 (2,42–2,51)	2,36 (2,29–2,43)
1–75 dagar	1	148 274	1,93 (1,91–1,95)	1,90 (1,88–1,93)	1,84 (1,81–1,87)
1–75 dagar	0	173 644	2,32 (2,29–2,35)	2,13 (2,11–2,16)	2,05 (2,03–2,09)
76–731 dagar	≥2	16 291	6,00 (5,86–6,14)	5,85 (5,72–5,99)	5,29 (5,07–5,52)
76–731 dagar	1	31 350	6,27 (6,16–6,37)	5,83 (5,73–5,93)	5,22 (5,08–5,35)
76–731 dagar	0	159 896	7,89 (7,82–7,96)	7,04 (6,98–7,10)	5,45 (5,38–5,52)
Män					
0	0	1 962 979	1	1	1
1–75 dagar	≥2	32 509	3,00 (2,93–3,08)	2,84 (2,77–2,91)	2,81 (2,71–2,92)
1–75 dagar	1	107 811	2,27 (2,23–2,31)	2,05 (2,01–2,08)	1,94 (1,90–1,98)
1–75 dagar	0	130 723	2,68 (2,64–2,72)	2,17 (2,14–2,20)	2,09 (2,05–2,13)
76–731 dagar	≥2	11 440	7,99 (7,77–8,23)	6,54 (6,35–6,73)	6,35 (6,00–6,72)
76–731 dagar	1	18 753	8,75 (8,56–8,95)	6,49 (6,35–6,64)	5,79 (5,59–6,00)
76–731 dagar	0	119 631	10,62 (10,51–10,72)	7,36 (7,28–7,44)	5,86 (5,77–5,96)

a. Till och med 2009.

b. Beräknat med Cox-regressioner.

I figur 2.2.1 visas mer detaljerat risken för sjuk- och aktivitetsersättning 15 år framåt i tiden för de kvinnor och män som ingick i kohorten med startår 1995, det vill säga alla som då bodde i Sverige och var mellan 20–64 år gamla, med utgångspunkt från de regressionsekvationer som ligger bakom kolumn fem i analysen i tabell 2.1.1. Fördelen med data redovisade på detta sätt är att de tydligt åskådliggör de skillnader som finns mellan kvinnor och män. I figuren har skattningar gjorts utifrån antagande om en ålder på 50 år och en sammanlagd sjukhusvårdtid på mer än tio dagar under de sex åren 1990–1995.

X-axeln (den horisontala axeln) anger tiden i år, från 1/1 1995 till och med 2009 (15); Y-axeln (den vertikala axeln) anger andel (%) personer som vid en viss tidpunkt inte har fått sjuk- eller aktivitetsersättning, alltså kumulativ incidens.



Figur 2.2.1. Kombinationer av totala antalet sjukpenningdagar och antalet korta sjukskrivningsfall under 1994–1995 satt i relation till risk för sjuk- eller aktivitetsersättning fram till och med 2009, justering för ålder och vårdtid. Kvinnor respektive män.

2.3 Sjukskrivning och framtida risk för sjuk- och aktivitetsersättning

Några studier har undersökt sambandet mellan sjukskrivningen och risken för sjukersättning, generellt och diagnosspecifikt (150-165). Enligt dessa innebär ett högt antal sjukpenningdagar och långa sjukskrivningsfall en högre risk för sjukersättning, både generellt och i psykiska och muskuloskeletala diagnoser (150-152, 154, 155, 165). Det finns vissa könsskillnader i risken för sjukersättning i relation till sjukskrivningsdiagnoser (151, 152, 157-160, 163-165). Enligt dessa studier hade framför allt män med sjukskrivning i psykiska diagnoser och kvinnor med sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser en förhöjd risk för sjukersättning.

Flera studier är prospektiva kohortstudier (150-152, 154-165) vilket är en fördel då individerna i en studiepopulation följs över tid och slutsatser om eventuella samband blir säkrare än i tvärsnittstudier. Dessa studier hade visserligen information om sjukskrivningen och om olika bakgrundsfaktorer som kan ha en effekt på både sjukskrivning och sjukersättning, men vår studie är den första som använder sig av registerdata som täcker ett helt lands befolkning vilket innebär att det inte finns några bortfalls- eller selektionsproblem. Datamaterialets stora omfattning saknar motstycke och ökar ytterligare säkerheten i slutsatserna.

Här redovisas resultat från två olika studier (138), där syftet i den första var att få kunskap om sambanden mellan sociodemografiska faktorer och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning (här kallad sjukersättning) bland kvinnor och män. Syftet i den andra var att få kunskap om sambanden mellan antal sjukpenningdagar och risk för framtida sjukersättning bland kvinnor och män, med hänsyn tagen till skillnader i sociodemografiska faktorer och tidigare sjukhusvårdtid.

De två delstudierna baserades på en studiepopulation av samtliga personer ($n = 5\,092\,420$; 49,2 % kvinnor) som den 31/12 1995 var bosatta i Sverige och då var mellan 20–64 år. Personer med sjukersättning eller ålderspension under 1995 exkluderades. Personerna följdes upp prospektivt och årsvis till och med 2009 i den första och till 2008 i den andra studien med avseende på sjukersättning, generellt samt diagnosspecifikt. Data har inhämtats från SCB (LISA), Socialstyrelsen (patientregistret och

dödsorsaksregistret) samt Försäkringskassan (MiDAS). Sjukpenningdagar ersatta från Försäkringskassan under 1995 delades in i följande fem kategorier: 0, 1–15, 16–75, 76–165 och 166–365 dagar.

Risken för att få sjukersättning för kvinnor och män i olika demografiska grupper beräknades. Med hjälp av Cox-regressioner beräknades därefter risker för sjukersättning generellt (tabell 2.3.1) och i specifika diagnoser. Beräkningen gjordes så att riskkvoter skattades för kvinnor och män med olika antal sjukpenningdagar. Statistiska justeringar gjordes för följande faktorer: ålder, utbildningsnivå, typ av boenderegion, födelseland och vårdtid på sjukhus under 1990–1995 (generellt och på grund av olika sjukdomar).

Slutligen beräknades risk för sjukersättning bland kvinnor och män med hjälp av Kaplan-Meier så kallade ”överlevnadskurvor”, vilka beskrev den kumulativa risken för sjukersättning år för år från och med 1996 till och med 2008 (figur 2.3.1). I analysen togs även här hänsyn till sociodemografiska faktorer och tidigare vårdtid.

Det fanns, som väntat, ett samband mellan *ålder* och risken för att få sjukersättning. Risken för sjukersättning var mycket lägre bland yngre personer än bland äldre. Risken var högre för kvinnor än för män, men denna skillnad minskade med stigande ålder. I de fall när yngre blev långtidssjukrivna hade de dock betydligt högre risk för sjukersättning än äldre långtidssjukskrivna, framför allt gällde detta unga män. Statistisk kontroll för vårdtid, som användes som ett mått för sjuklighet, minskade riskestimatet för sjukersättning i större utsträckning bland yngre än bland äldre personer. Detta kan tolkas som att vårdtid hade större betydelse för om de yngre skulle komma att få sjukersättning än för de äldre.

Även *utbildningsnivå* påverkade risken för att få sjukersättning. Risken för sjukersättning skiljde sig mycket mellan utbildningsgrupperna, och var högre för kvinnor än för män inom alla utbildningsgrupper. Lågutbildade, framför allt kvinnor, hade en betydligt högre risk för att bli beviljade sjukersättning. Även om risken för sjukersättning var högst bland lågutbildade, så var risken starkt förhöjd för de högutbildade som var sjukskrivna jämfört med de högutbildade som inte hade några sjukpenningdagar 1995. Risken var något högre bland män med hög utbildning än för motsvarande grupp kvinnor. Kontroll för skillnader i vårdtid hade en större effekt bland högutbildade jämfört med lågutbildade.

Även *familjesituation* hade ett samband med framtida risk för sjukersättning, både bland kvinnor och bland män. Gifta och sammanboende personer med hemmavarande barn hade den absolut lägsta risken för att få sjukersättning. Ensamstående hade en högre risk för sjukersättning än personer som var gifta eller sammanboende. Även här hade kvinnor en högre risk än män.

Risken för sjukersättning varierade i viss mån också med typ av *boenderegion*. Risken för sjukersättning var tydligt högre för kvinnor än för män som bodde i tätbebyggda områden. En möjlig förklaring till regionskillnaderna är möjligheterna att hitta lämpligt arbete anpassat för den egna förmågan.

I tabell 2.3.1 visas risker (HR), med 95 % konfidensintervall (KI), för att få sjukersättning bland kvinnor och män i relation till olika antal sjukpenningdagar under 1995 jämfört med kvinnor och män utan sjukpenningdagar.

Den absoluta majoriteten av kvinnorna (86,6 %) och männen (90,1 %) fick inte sjukersättning under uppföljningstiden på 13 år. Det framgår även att de flesta som under de kommande åren fick sjukersättning inte hade någon sjukpenningdag under 1995. Risken för sjukersättning steg dock mycket kraftigt med stigande antal sjukpenningdagar (tabell 2.3.1). Anmärkningsvärt var att även så pass få sjukpenningdagar som 1–15 dagar genererade en påtagligt högre risk för sjukersättning under de kommande 13 åren.

Analysen utan kontroll för ålder och vårdtid visade att riskökningen var mindre för kvinnor än för män (tabell 2.3.1). Efter justering för dessa faktorer var riskökningen nästan identiskt för kvinnor och män. Kontroll för ålder och vårdtid hade uppenbarligen en mindre effekt på riskestimaten för sjukersättning bland kvinnor än bland män, framför allt med hänsyn till större antal sjukpenningdagar.

Tabell 2.3.1. Risken för sjukersättning (SA) 1996–2008 efter antal sjukpenningdagar 1995.

Antal sjukpenningdagar 1995	Antal med SA	Modell 1 HR (95% KI)	Modell 2 HR (95% KI)	Modell 3 HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>				
0 dagar	210 756	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	30 758	2,19 (2,16–2,22)	2,24 (2,22–2,27)	2,09 (2,06–2,11)
16–75	39 105	3,25 (3,22–3,29)	3,18 (3,14–3,21)	2,8 (2,77–2,83)
76–165	20 686	6,12 (6,03–6,21)	6,1 (6,01–6,19)	5,21 (5,14–5,29)
166–365	35 477	17,19 (17–17,39)	16,61 (16,43–16,8)	13,71 (13,55–13,88)
<i>Män</i>				
0 dagar	157 609	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	16 643	2,49 (2,45–2,53)	2,39 (2,35–2,43)	2,02 (1,99–2,05)
16–75	22 069	3,87 (3,82–3,93)	3,55 (3,5–3,6)	2,72 (2,68–2,75)
76–165	12 783	7,37 (7,24–7,5)	6,64 (6,52–6,76)	4,65 (4,56–4,73)
166–365	27 621	20,69 (20,43–20,96)	19,29 (19,04–19,54)	12,83 (12,65–13,01)

Modell 1: Ojusterad.

Modell 2: Justerad för ålder.

Modell 3: Justerad för ålder, vårdtid, utbildning, boende- och födelseregion.

Risken för sjukersättning var även starkt förhöjd för de vanligaste diagnoserna för nybeviljad sjukersättning, det vill säga cirkulationsorganens diagnoser, psykiska diagnoser och muskuloskeletala diagnoser.

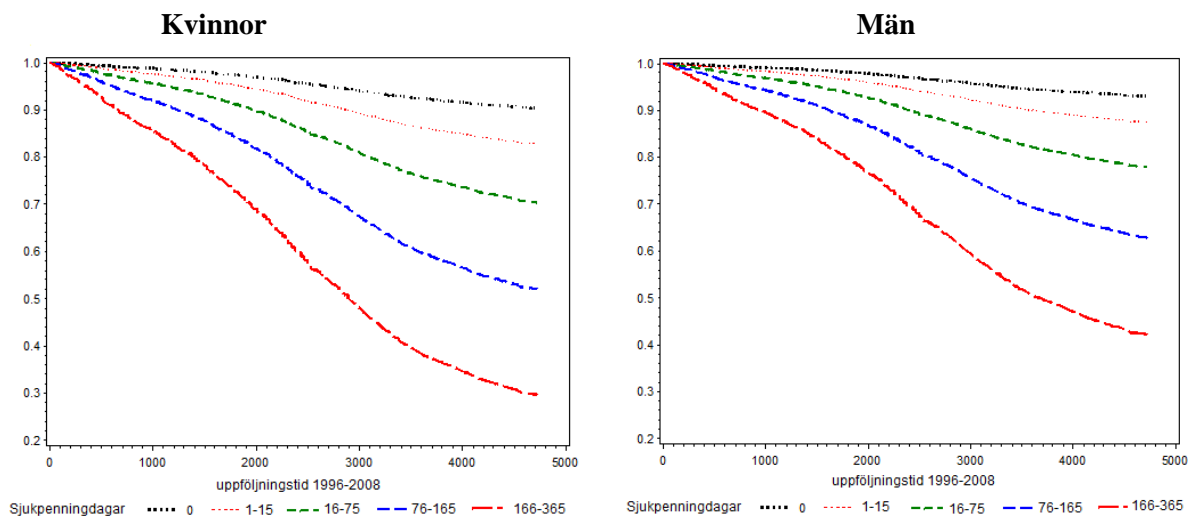
Kontroll för vårdtid med samma diagnos som personen senare beviljades sjukersättning för, fick tydliga effekter på riskestimaten, medan kontroll för vårdtid i övriga diagnoser endast gav marginell effekt på riskestimaten.

Återigen visade sig kontrollen för vårdtid ha olika effekt för kvinnornas och männens riskestimat. Risken var relativt lika för sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser och i psykiska diagnoser efter kontrollen för vårdtid. Bilden för sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser var däremot annorlunda: nedgången var i detta sammanhang mindre efter statistiskt hänsynstagande till informationen om vårdtid. Det fanns inte heller några könsskillnader i effekten av vårdtiden på sambandet mellan sjukpenningdagar och sjukersättning.

I figur 2.3.1 visas så kallade överlevnadskurvor beträffande risk för sjukersättning från 1996 till och med 2008 bland kvinnor och män med olika antal sjukpenningdagar 1995. Dessa är kumulativa utvecklingskurvor, där risken för sjukersättning för varje nytt år summeras till de föregående. I dessa analyser skattades risker för olika antal sjukpenningdagar var för sig, alltså inte i relation till icke sjuk-skrivna, bland kvinnor och män.

Trots att det i analyserna justerats för skillnader i ålder, utbildningsnivå, vårdtid, boenderegion och födelseregion var risken för sjukersättning högre bland kvinnor än bland män. Till exempel fick 70 procent av kvinnorna och 58 procent av männen en nybeviljad sjukersättning någon gång under de påföljande 13 åren om de varit sjukskrivna mellan 166 och 365 dagar under 1995. Könsskillnaderna var något mindre vid lägre antal sjukpenningdagar. Till exempel beviljades 22 procent kvinnorna respektive 15 procent av männen, som 1995 hade 1–15 sjukpenningdagar, sjukersättning under uppföljningstiden.

De könsskillnader som fanns i risk för sjukersättning kunde alltså inte förklaras med de skillnader i tidigare sjukhusvård, ålder, utbildning, födelse- eller boenderegion som studerats här. Det är därför angeläget att vidare undersöka vilka andra faktorer som kan förklara denna skillnad.



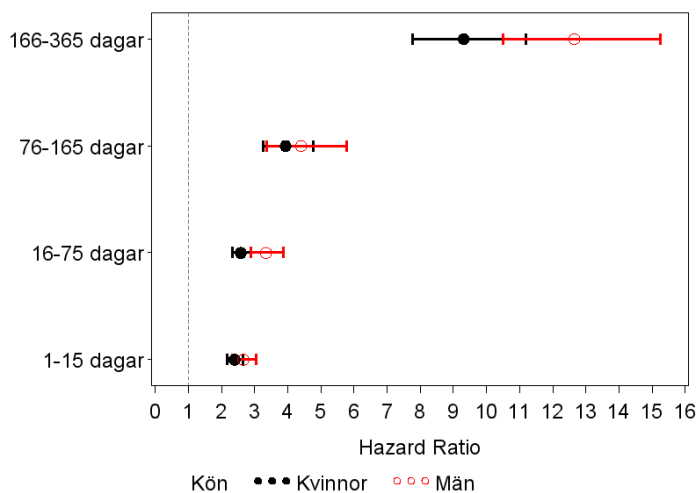
Figur 2.3.1. Risker för att få sjukersättning under 1996–2008 bland personer med olika antal sjukpenningdagar 1995. Riskerna är skattade med Cox-regression med kontroll för ålder, utbildningsnivå, vårdtid, boende- och födelseregion. Separat för kvinnor och män. X-axeln (den horisontala axen) anger uppföljningstiden i dagar; y-axeln (den vertikala axen) anger andel (%) av kvinnor och män som vid en viss tidpunkt har fått sjukersättning sammantaget, alltså kumulativ frekvens.

2.3.1 Sjukskrivning och risk för sjukersättning, en tvillingstudie

Konsekvenser av att vara sjukskriven i termer av sjukersättning undersöktes också i en studie där samtliga kompletta tvillingpar följdes mellan åren 1995 och 2008 ($n = 45\,734$; 50,8 % kvinnor) (se avsnitt 2.8 för en beskrivning av kohorten och delrapport 8 (142) för en beskrivning av analysmetoden). Syftet var att undersöka om sjukskrivning under år 1995 bidrog till risken att få sjukersättning under de kommande 13 åren 1996–2008, och om riskerna möjligtvis var olika bland kvinnor och män. I dessa analyser var exponeringen det första nya sjukskrivningsfallet under år 1995. Sjukskrivningsfall som var pågående runt årsskiftet 1994–1995 inkluderades inte i analyserna. Dels analyserades förekomst av ett nytt sjukskrivningsfall under år 1995 (ja/nej), dels hur länge sjukskrivningsfallet varade (antal dagar). Om en individ var sjukskriven flera gånger under år 1995, inkluderades bara det första sjukskrivningsfallet under år 1995 i analyserna. För de sjukskrivningsfall som sträckte sig över årsskiftet 1995/1996 inkluderades antalet sjukskrivningsdagar tills sjukskrivningsfallet tog slut eller längst till och med 365 dagar. Endast de sjukskrivningsfall som ersatts av Försäkringskassan finns med, och för dessa fall har även de dagar som ersattes av arbetsgivaren (sjuklön) tagits med vid beräkning av falllängd. I ytterligare analyser av tvillingpar som var diskordanta för sjukskrivning under 1995 (det vill säga, den ena tvillingen hade sjukpenningdagar under 1995 i ett nytt sjukskrivningsfall medan den andra inte hade det) undersöktes om sambanden mellan sjukskrivning och senare sjukersättning eller förtida död påverkades av familjära faktorer. Alla studerade samband justerades för zygotitet (att vara en- eller tvåäggstvilling) och ålder.

Risken för att få sjukersättning under de kommande 13 åren om man var sjukskriven 1995 var högre bland män än bland kvinnor och denna skillnad var statistiskt signifikant (figur 2.3.2). Sjukskrivningslängd (det vill säga antal sjukpenningdagar i det första sjukskrivningsfallet under år 1995) spelade en stor roll för senare förekomst av sjukersättning, där längre sjukskrivningsfall gradvis ökade risken för sjukersättning bland både kvinnor och män. Att ha varit sjukskriven i mer än 166 dagar

ökade risken (HR) för senare sjukersättning med 9,32 (7,76–11,20) för kvinnor och 12,66 (10,50–15,26) för män jämfört med de individer som inte hade något nytt sjukskrivningsfall år 1995. Risken för att få sjukersättning skilde sig signifikant åt mellan kvinnor och män som var sjukskrivna mellan 16 och 75 dagar.



Figur 2.3.2. Risk (HR, 95 % KI) för sjukersättning för kvinnor och för män som år 1995 haft ett nytt sjukskrivningsfall av olika längd (alla tvillingar inkluderade; n = 45 734).

Familjära faktorer hade en viss betydelse för sambanden: risken för att få sjukersättning kvarstod i de flesta fall men var genomgående något lägre för sjukskrivningsfall med olika längder efter att hänsyn tagits till familjära faktorer i de statistiska analyserna. Skillnaden mellan kvinnor och män kvarstod – sjukskrivning innebar högre risk för män än kvinnor för att få sjukersättning senare i livet.

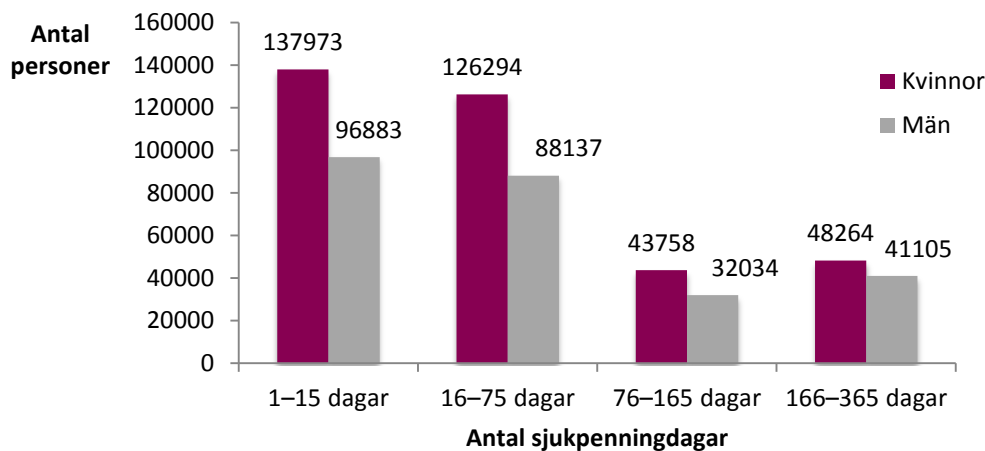
2.4 Sjukskrivning och risk för förtida död

Syftet med denna studie (166) var att undersöka samband mellan antal sjukpenningdagar och risken för förtida död – både övergripande och för specifika dödsorsaker bland kvinnor och män. Data från SCB (LISA-databasen) samt Socialstyrelsen (patientregistret samt dödsorsaksregistret) har använts i analyserna. En kohort av alla personer som den 31/12 1994 var bosatta i Sverige och som 1995 var mellan 20 och 64 år samt inte hade ålders- eller sjuk- eller aktivitetsersättning (n = 4 669 235; 48,7 procent kvinnor) följdes upp till och med 2006 avseende förtida död. Personerna kategoriserades i fem grupper efter antal sjukpenningdagar, det vill säga sjukfrånvarodagar ersatta från Försäkringskassan, under 1995. Grupperna med sjukpenningdagar jämfördes med gruppen utan sjukpenningdagar när det gällde förtida död. I gruppen utan sjukpenningdagar finns således även de personer som haft kortare sjukskrivningsfall som ersatts av arbetsgivaren. Den relativa risken för förtida död beräknades generellt med Poisson-regressioner och med statistiska justeringar för ålder, sociodemografiska faktorer (utbildningsnivå, typ av boenderegion, födelseland) och vårdtid (dagar inlagd på sjukhus) under de sex åren 1990–1995, det vill säga också fem år före året för sjukskrivning. Den absoluta majoriteten hade inga sjukpenningdagar under 1995, något högre andel av männen (tabell 2.4.1).

Tabell 2.4.1. Andel kvinnor och män med och utan sjukpenningdagar 1995 (N = 4 669 235).

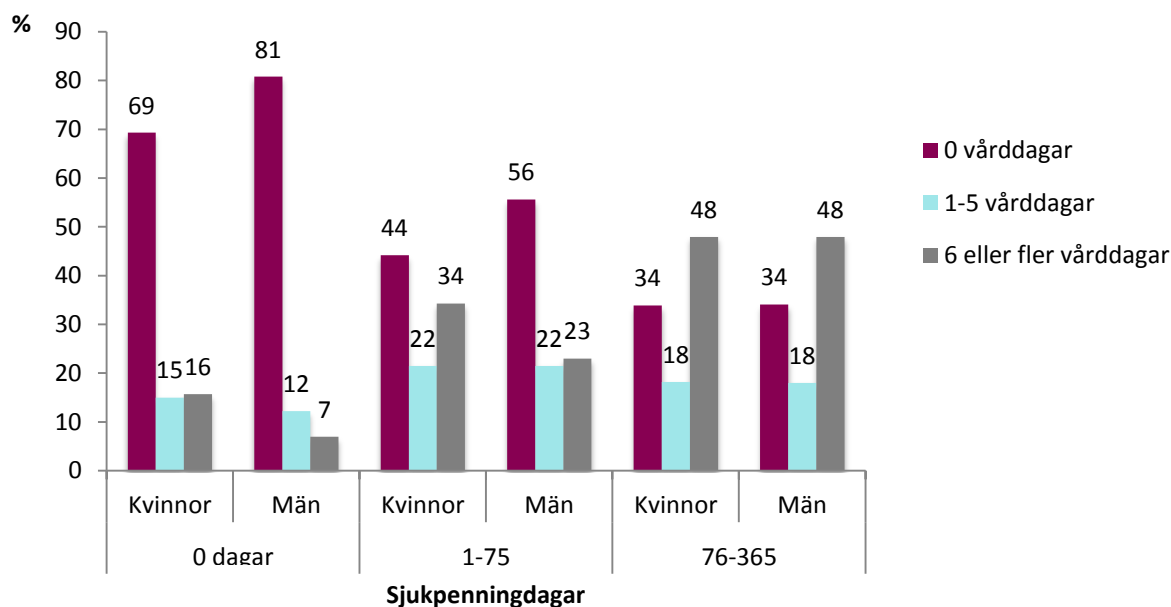
	Andel (%) med olika antal sjukpenningdagar under 1995				
	0	1–15	16–75	76–165	166–365
Kvinnor (N= 2 275 987)	84,3	6,1	5,6	1,9	2,1
Män (N= 2 393 248)	89,2	4,1	3,7	1,3	1,7

Antal och andel kvinnor med sjukpenningdagar 1995 var högre än andel män inom var och en av de fem grupperna. Skillnaden minskade vid fler sjukpenningdagar (figur 2.4.1).



Figur 2.4.1. Antal kvinnor och män med olika antal sjukpenningdagar 1995.

När det gäller antal vårddagar på sjukhus 1990–1995 kan vi se att andelen med vårddagar bland personer med mer än 75 sjukpenningdagar under året var lika bland kvinnor och män, och att 48 procent hade fler än fem vårddagar under perioden 1990–1995 (figur 2.4.2). Den största skillnaden mellan kvinnor och män fanns bland dem med noll eller med 1–75 sjukpenningdagar, där andelen kvinnor med fler än fem vårddagar var signifikant högre än andelen bland männen.



Figur 2.4.2. Andel (%) kvinnor och män med olika antal vårddagar 1990–1995 grupperat efter antal sjukpenningdagar 1995.

Antalet avlidna åren 1996–2006 bland individer utan sjukpenningdagar 1995 var cirka 36 000 kvinnor och cirka 63 000 män vilket utgjorde 63 procent respektive 67 procent av samtliga som avled under uppföljningstiden. I tabell 2.4.2 visas antal avlidna 1996–2006 totalt och även för de tre vanligaste dödsorsakerna där gruppen ”skador och förgiftningar” har delats upp i självmord och övriga skador.

Andelen avlidna bland de med sjukpenningdagar var högre bland kvinnor medan antalet män som avled under uppföljningstiden var högst med och utan sjukpenningdagar och i de olika dödsorsakerna.

Tabell 2.4.2. Antal avlidna med och utan sjukpenningdagar 1995 under uppföljningstiden 1996–2006 totalt samt i cirkulationsorganens sjukdomar, tumörsjukdomar, självmord samt i övriga skador.

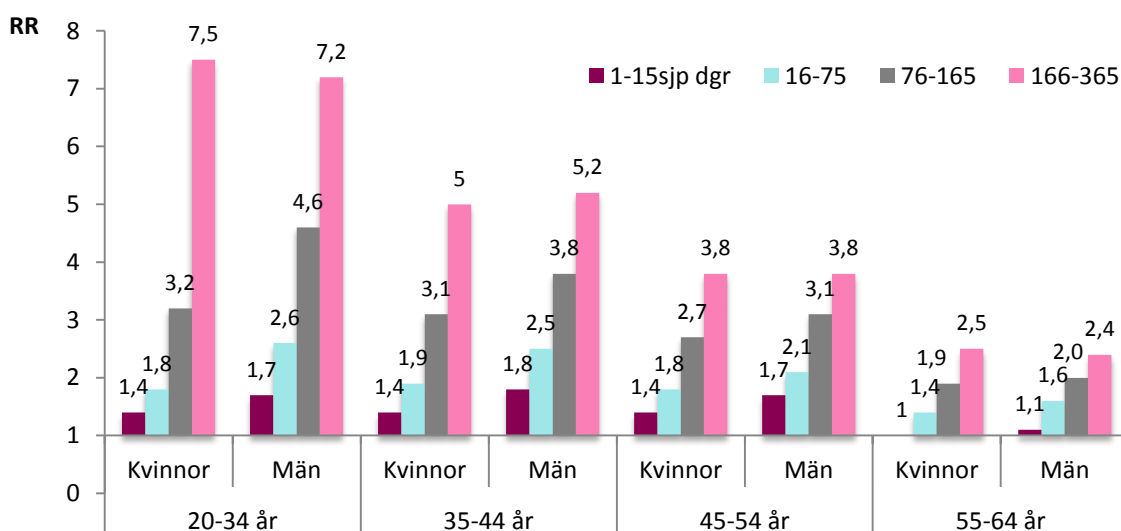
	Total dödlighet		Orsaksspecifik dödlighet			
	Antal (n)	Varav antal och andel (%) med sjukpenningdagar	Cirkulationsorganens sjukdomar	Tumörsjukdomar	Självmod	Skador och förgiftningar Övriga skador
Kvinnor (N = 2 275 987)	49 178	13 345 (27,1)	8 305	29 373	2 278	653
Män (N = 2 393 248)	82 492	19 085 (23,0)	24 834	30 118	6 333	2 224

Resultatet visar också att det fanns få könsskillnader i risken för förtida död bland sjukskrivna jämfört med dem utan sjukpenningdagar, tabell 2.4.3. I tabellen visas att det fanns en generellt högre risk för förtida död redan bland personer med 1–15 sjukpenningdagar, RR 1,2 bland kvinnor jämfört med dem utan sjukpenningdagar; motsvarande bland män var RR 1,6. Risken ökade därefter med antal sjukpenningdagar till RR 4,4 bland kvinnor och RR 4,6 bland män med 166–365 sjukpenningdagar 1995. Både för kvinnor och män fanns det alltså ett starkt samband mellan antal sjukpenningdagar 1995 och risk för död under uppföljningstidens elva år. Detta samband kvarstod även efter att justering av riskestimaten gjordes för ålder, vårdtid och sociodemografiska faktorer.

Tabell 2.4.3. Antal sjukpenningdagar 1995, relativ risk (RR) med 95 % KI för förtida död 1996–2006 bland kvinnor och män.

Antal sjukpenningdagar 1995	Förtida död (antal)	Förtida död RR (95% KI)	RR (95% KI) för förtida död			
			justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid	justerat för ålder, vårdtid, och sociodemografiska faktorer	
<i>Kvinnor</i>						
0	35 833	1	1	1	1	1
1–15	3 086	1,19 (1,15–1,24)	1,24 (1,20–1,29)	1,13 (1,09–1,18)	1,12 (1,08–1,17)	
16–75	4 139	1,76 (1,70–1,81)	1,64 (1,58–1,69)	1,37 (1,33–1,41)	1,36 (1,32–1,41)	
76–165	2 242	2,78 (2,66–2,90)	2,46 (2,35–2,56)	1,97 (1,91–2,08)	1,96 (1,88–2,05)	
166–365	3 878	4,43 (4,29–4,59)	3,55 (3,43–3,67)	2,81 (2,71–2,90)	2,72 (2,63–2,82)	
<i>Män</i>						
0	63 407	1	1	1	1	1
1–15	4 556	1,59 (1,54–1,63)	1,47 (1,43–1,52)	1,28 (1,24–1,32)	1,23 (1,19–1,27)	
16–75	5 990	2,32 (2,26–2,38)	1,96 (1,91–2,01)	1,50 (1,46–1,55)	1,44 (1,40–1,48)	
76–165	3 192	3,47 (3,35–3,60)	2,70 (2,60–2,80)	1,86 (1,80–1,93)	1,78 (1,72–1,85)	
166–365	5 347	4,63 (4,50–4,76)	3,36 (3,27–3,46)	2,23 (2,17–2,30)	2,10 (2,04–2,17)	

I figur 2.4.3 visas den relativa risken för förtida död under de kommande elva åren i olika åldersgrupper. Den största riskökningen hade de yngsta, 20–34 år. Risken för förtida död var sju gånger så hög i åldersgruppen 20–34 år (RR 7,5 bland kvinnor och 7,2 bland män) för de med många sjukpenningdagar jämfört med de utan och var i alla åldersgrupper högst bland de med högst antal sjukpenningdagar under 1995.



Figur 2.4.3. Antal sjukpenningdagar (sjp dgr) 1995 och relativ risk (RR) för förtida död under de kommande elva åren (1996–2006) bland kvinnor och män i olika åldersgrupper. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukpenningdagar 1995 (RR = 1).

Motsvarande mönster med ökad risk för förtida död med ökat antal sjukpenningdagar kunde också ses för var och en av utbildningsnivåerna bland både kvinnor och män, tabell 2.4.4. Risken för förtida död ökade dock med högre utbildningsnivå. I tabellen visas antal avlidna och risk för död under uppföljningstiden bland kvinnor och män med grundutbildning, gymnasieutbildning respektive eftergymnasial utbildning. I samtliga utbildningsnivåer ökade risken signifikant med antal sjukpenningdagar bland både kvinnor och män. Risken var högst bland män med olika sjukpenningdagar och utbildningsnivå men var tämligen lika bland kvinnor och män med sjukpenningdagar jämfört med dem utan sjukpenningdagar när vi tagit hänsyn till tidigare vårdtid. De med eftergymnasial utbildning hade högst risk för förtida död i de olika grupperna av sjukpenningdagar – risken var mer än fyra gånger så hög (RR 5,2 – 5,3) jämfört med dem utan sjukpenningdagar bland de högutbildade. Antal avlidna bland personer med eftergymnasial utbildning var dock omkring hälften av antalet avlidna med övriga utbildningsnivåer.

Tabell 2.4.4. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) med 95% konfidensintervall (KI) (justerat för ålder) för förtida död 1996–2006 vid olika utbildningsnivåer bland kvinnor och män.

Avlidna under uppföljningstiden 1996–2006						
Antal sjukpenningdagar 1995	0–9 år (grundutbildning)		10–12 år (gymnasium)		>12 år (eftergymnasial utbildning)	
	Antal	RR (95% KI)	Antal	RR (95% KI)	Antal	RR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
0	13 152	1	14 868	1	7 309	1
1–15	1 079	1,16 (1,09–1,24)	1 462	1,28 (1,21–1,35)	540	1,25 (1,15–1,36)
16–75	1 406	1,44 (1,36–1,52)	1 914	1,69 (1,61–1,78)	807	1,85 (1,72–1,99)
76–165	755	2,01 (1,87–2,17)	980	2,48 (2,32–2,64)	497	3,24 (2,96–3,55)
166–365	1 336	2,59 (2,45–2,75)	1 817	3,80 (3,62–3,99)	711	5,18 (4,79–5,59)
<i>Män</i>						
0	24 921	1	26 108	1	11 518	1
1–15	1 977	1,30 (1,24–1,36)	2 020	1,49 (1,43–1,56)	540	1,60 (1,47–1,75)
16–75	2 637	1,66 (1,59–1,73)	2 538	1,96 (1,88–2,04)	770	2,49 (2,31–2,68)
76–165	1 334	2,13 (2,01–2,25)	1 437	2,94 (2,79–3,10)	396	3,36 (3,04–3,71)
166–365	2 343	2,59 (2,49–2,71)	2 297	3,50 (3,36–3,65)	655	5,30 (4,90–5,73)

Den antalsmässigt största dödsorsaken under uppföljningstiden var *tumörsjukdomar*, både bland kvinnor och män och risken för förtida död på grund av tumörer ökade med antal sjukpenningdagar, mer bland kvinnor än bland män (tabell 2.4.5). Resultatet visade något högre risk för förtida död bland män med 1–75 sjukpenningdagar och något högre risk bland kvinnor med fler än 75 sjukpenningdagar. Efter att hänsyn tagits till ålder kvarstod de förhöjda riskestimaten, men som väntat, på en lägre nivå och risken minskade ytterligare när även vårdtid tagits med i beräkningen. Bland kvinnor skedde ingen förändring av den beräknade risken efter att hänsyn tagits till även annan vårdtid än den för tumörsjukdom medan justering även för vårdtid för annan sjukdom påverkade riskestimaten för män. Justering för sociodemografiska faktorer hade endast en marginell påverkan.

Tabell 2.4.5. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) med 95 % KI för förtida död i tumörsjukdomar 1996–2006 bland kvinnor och män.

Sjukpenningdagar 1995	Antal döda	Relativ risk (95% KI)	Relativ risk (RR) (95% KI) för död i tumörsjukdomar			
			justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid för tumörsjukdom	justerat för ålder, vårdtid för tumörsjukdom och övrig vårdtid	justerat för ålder, all vårdtid, socio-demografiska faktorer
<i>Kvinnor</i>						
0	21 833	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1 774	1,12 (1,07–1,18)	1,17 (1,12–1,23)	1,09 (1,04–1,14)	1,09 (1,04–1,15)	1,09 (1,03–1,14)
16–75	2 318	1,61 (1,55–1,68)	1,50 (1,44–1,57)	1,21 (1,16–1,26)	1,21 (1,16–1,27)	1,21 (1,15–1,26)
76–165	1 347	2,74 (2,59–2,90)	2,41 (2,28–2,55)	1,89 (1,79–2,00)	1,90 (1,80–2,01)	1,89 (1,78–2,00)
166–365	2 331	4,38 (4,20–4,57)	3,49 (3,34–3,64)	2,78 (2,66–2,90)	2,78 (2,66–2,91)	2,74 (2,63–2,87)
<i>Män</i>						
0	24 099	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1 461	1,34 (1,27–1,41)	1,24 (1,18–1,31)	1,18 (1,12–1,24)	1,15 (1,09–1,22)	1,13 (1,07–1,19)
16–75	1 937	1,97 (1,88–2,07)	1,63 (1,55–1,70)	1,39 (1,32–1,45)	1,34 (1,28–1,40)	1,30 (1,24–1,37)
76–165	1 082	3,12 (2,93–3,31)	2,33 (2,19–2,47)	1,81 (1,70–1,93)	1,72 (1,61–1,83)	1,67 (1,57–1,78)
166–365	1 813	4,13 (3,94–4,33)	2,86 (2,73–3,00)	2,27 (2,16–2,39)	2,13 (2,03–2,24)	2,05 (1,95–2,16)

Cirkulationsorganens sjukdomar var den näst vanligaste dödsorsaken vid förtida död (tabell 2.4.6). Det var samma mönster som vid tumörsjukdomar med förhöjd risk redan vid 1–15 sjukpenningdagar och högre risk vid högre antal sjukpenningdagar men riskökningen var mindre bland kvinnor än bland män. Risken för förtida död var högst bland män i alla sjukpenningintervall även när hänsyn tagits till ålder. När hänsyn tagits till vårdtid för cirkulationsorganens sjukdomar minskade den relativa risken mest bland männen och då särskilt vid fler än 75 sjukpenningdagar 1995. Riskestimaten bland kvinnor och män var ganska lika efter dessa statistiska justeringar. Sociodemografiska faktorerna hade ingen signifikant påverkan på riskestimaten varken bland kvinnor eller bland män.

Tabell 2.4.6. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) med 95 % KI för förtida död i cirkulationsorganens sjukdomar 1996–2006 bland kvinnor och män.

Sjukpenningdagar 1995	Antal döda	Relativ risk (95% KI)	Relativ risk (RR) (95% KI) för död i cirkulationsorganens sjukdomar				
			justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid för sjukdom i cirkulationsorganen	justerat för ålder, vårdtid för sjukdom i cirkulationsorganen och övrig vårdtid	justerat för ålder, all vårdtid och socio-demografiska faktorer	
<i>Kvinnor</i>							
0	6 364	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	520	1,13 (1,03–1,24)	1,21 (1,10–1,32)	1,16 (1,06–1,27)	1,10 (1,01–1,21)	1,09 (1,00–1,19)	1,09 (1,00–1,19)
16–75	697	1,66 (1,54–1,80)	1,56 (1,44–1,68)	1,43 (1,32–1,55)	1,31 (1,21–1,41)	1,29 (1,19–1,40)	1,29 (1,19–1,40)
76–165	319	2,23 (1,99–2,49)	1,95 (1,74–2,18)	1,67 (1,49–1,87)	1,50 (1,34–1,68)	1,48 (1,32–1,66)	1,48 (1,32–1,66)
166–365	552	3,56 (3,26–3,88)	2,80 (2,56–3,05)	2,24 (2,05–2,45)	1,98 (1,81–2,17)	1,89 (1,73–2,07)	1,89 (1,73–2,07)
<i>Män</i>							
0	19 632	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1 331	1,50 (1,42–1,58)	1,39 (1,31–1,47)	1,29 (1,22–1,36)	1,21 (1,14–1,28)	1,16 (1,09–1,22)	1,16 (1,09–1,22)
16–75	1 751	2,19 (2,09–2,30)	1,81 (1,72–1,90)	1,52 (1,44–1,60)	1,36 (1,29–1,43)	1,30 (1,23–1,36)	1,30 (1,23–1,36)
76–165	866	3,04 (2,84–3,26)	2,28 (2,13–2,44)	1,68 (1,57–1,80)	1,46 (1,36–1,56)	1,39 (1,30–1,49)	1,39 (1,30–1,49)
166–365	1 526	4,25 (4,04–4,48)	2,97 (2,82–3,13)	2,13 (2,02–2,25)	1,80 (1,70–1,90)	1,67 (1,58–1,77)	1,67 (1,58–1,77)

Den tredje största gruppen av dödsorsaker var diagnosgruppen *skador och förgifningar*. I den ingår självmord vilket vi har valt att redovisa för sig för att därefter redovisa övriga dödsorsaker inom gruppen skador, här kallade övriga skador. Förtida död i *självmord* uppvisade ett annat mönster än det för tumör- och cirkulationsorganens sjukdomar. När det gäller självmord var riskerna höga redan vid kort sjukfrånvaro (tabell 2.4.7). De kvinnor som hade 1–15 sjukpenningdagar 1995 hade 54 procents högre risk att dö i självmord under de kommande elva åren. Motsvarande siffra för männen var 92 procents högre risk. Till skillnad mot förtida död i tumör- och cirkulationsorganens sjukdomar hade kvinnor högre risk än män för självmord vid alla sjukpenningintervall jämfört med dem utan sjukpenningdagar. Vid den statistiska justeringen för ålder förändrades inte risken för självmord vare sig bland kvinnor eller bland män. Risken för självmord ökade drastiskt vid 166–365 sjukpenningdagar bland kvinnor men halverades när hänsyn tagits till vårdtid för psykisk sjukdom. Detsamma hände bland män med samma antal sjukpenningdagar. Inga signifikanta förändringar av relativ risk skedde efter justering för övrig vårdtid eller sociodemografiska faktorer.

Tabell 2.4.7. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) med 95 % KI för självmord 1996–2006 bland kvinnor och män.

Sjukpenningdagar 1995	Antal döda	Relativ risk (95% KI)	Relativ risk (RR) (95% KI) för förtida död i självmord				
			justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid för psykisk sjukdom	justerat för ålder, vårdtid för psykisk sjukdom och för övrig vårdtid	justerat för ålder, all vårdtid och socio-demografiska faktorer	
<i>Kvinnor</i>							
0	1 461	1	1	1	1	1	1
1–15	163	1,54 (1,31–1,81)	1,54 (1,31–1,81)	1,36 (1,16–1,60)	1,32 (1,12–1,55)	1,32 (1,12–1,55)	1,32 (1,12–1,55)
16–75	256	2,66 (2,33–3,04)	2,65 (2,32–3,03)	1,99 (1,74–2,28)	1,90 (1,65–2,18)	1,89 (1,65–2,17)	1,89 (1,65–2,17)
76–165	158	4,80 (4,08–5,66)	4,78 (4,05–5,63)	2,77 (2,34–3,29)	2,64 (2,22–3,13)	2,62 (2,21–3,11)	2,62 (2,21–3,11)
166–365	257	7,22 (6,32–8,24)	7,14 (6,25–8,16)	3,17 (2,75–3,67)	3,01 (2,60–3,48)	2,98 (2,58–3,45)	2,98 (2,58–3,45)
<i>Män</i>							
0	4 768	1	1	1	1	1	1
1–15	415	1,92 (1,74–2,12)	1,91 (1,73–2,11)	1,61 (1,46–1,79)	1,54 (1,39–1,71)	1,47 (1,33–1,63)	1,47 (1,33–1,63)
16–75	497	2,56 (2,33–2,81)	2,54 (2,32–2,79)	1,82 (1,66–2,00)	1,70 (1,54–1,87)	1,62 (1,47–1,78)	1,62 (1,47–1,78)
76–165	295	4,27 (3,79–4,80)	4,22 (3,75–4,75)	2,47 (2,19–2,79)	2,25 (1,99–2,55)	2,16 (1,91–2,44)	2,16 (1,91–2,44)
166–365	439	5,05 (4,58–5,57)	4,98 (4,52–5,50)	2,45 (2,20–2,72)	2,21 (1,99–2,46)	2,13 (1,91–2,37)	2,13 (1,91–2,37)

I gruppen *övriga skador* ingår bland annat död på grund av halk- och trafikolyckor samt våldsbrott (166). Även för övriga skador som dödsorsak justerades riskestimaten för tidigare vårdtid för psykiska sjukdomar och därefter även för övrig vårdtid. Risken för förtida död i övriga skador var hög bland både kvinnor och män även bland dem med 1–15 sjukpenningdagar (RR 1,7 bland kvinnor, RR 2,2 bland män). Den relativa risken för förtida död var högst bland män och inga statistiskt signifikanta förändringar av relativ risk skedde vid justering för ålder. Justering för vårdtid för psykiska diagnoser minskade riskestimaten signifikant bland män förutom vid 1–15 sjukpenningdagar. Bland kvinnor förändrades riskestimatet endast för dem med 166–365 sjukpenningdagar. Sociodemografiska faktorer visade ingen förändring av riskestimaten för förtida död bland kvinnor och endast en liten effekt bland män. Sambanden var likartade med de samband som framkom för självmord även om riskerna inte var lika höga.

2.4.1 Sjukskrivning och risk för förtida död, en tvillingstudie

Konsekvenser av att vara sjukskriven i termer av förtida död studerades även i tvillingkohorten (se avsnitt 2.8 för en beskrivning av kohorten och delrapport 8 (142) för en beskrivning av analysmetoden). Syftet var att analysera om sjukskrivning under år 1995 bidrog till risken att dö i förtid under de kommande tretton åren (1996–2008), och om riskerna möjligtvis var olika bland kvinnor och män. Resultaten visar att risken för att dö i förtid under åren 1996–2008 var högre bland dem som blev *sjukskrivna* under år 1995 än bland dem som inte blev det, både för kvinnor och för män (tabell 2.4.8). Risken för att dö i förtid ökade med sjukskrivningslängd och i högre grad bland kvinnor än bland män. Enbart för de längsta sjukskrivningsfallen var de högre riskerna (HR) för förtida död statistiskt signifikanta. Att vara sjukskriven i mer än 166 dagar bidrog till nästan tredubbel risk att dö i förtid bland kvinnor och nästan dubbel risk bland män, jämfört med kvinnor respektive män som inte var sjukskrivna år 1995. För män fanns den högsta risken för förtida död bland dem med sjukskrivningsfall som varade mellan 76 och 165 dagar. En analys av *sjukskrivningsdiskordanta* tvillingpar visade att familjära faktorer förklarade en liten del av sambandet mellan sjukskrivningen år 1995 och förtida död, för både kvinnor och män.

Tabell 2.4.8. Sjukskrivning/sjukersättning under 1995 som riskfaktor för förtida död under de kommande 13 åren, bland kvinnor och män i tvillingkohorten år 1995 (n = 45 734).

	Kvinnor (n = 23 211)		Män (n = 22 523)	
	Justerade HR ^a (95% KI)		Justerade HR ^a (95% KI)	
	Alla tvillingar	Diskordanta tvillingpar ^b	Alla tvillingar	Diskordanta tvillingpar ^b
Nytt sjukskrivningsfall år 1995 (ja/nej)	1,46 (1,27–1,69)	1,43 (1,07–1,91)	1,31 (1,14–1,51)	1,26 (0,95–1,66)
Sjukskrivningsfallets längd ^c				
0 dagar	1	1	1	1
1–15 dagar	1,21 (0,96–1,51)	1,42 (0,86–2,35)	1,09 (0,88–1,36)	1,13 (0,73–1,75)
16–75 dagar	1,14 (0,87–1,46)	0,92 (0,57–1,47)	1,11 (0,86–1,43)	1,22 (0,74–2,03)
76–165 dagar	2,04 (1,40–2,98)	2,50 (0,97–6,44)	2,12 (1,45–3,09)	2,60 (0,93–7,29)
166–365 dagar	2,99 (2,25–3,98)	2,78 (1,30–5,95)	1,91 (1,44–2,52)	1,20 (0,66–2,17)

a. Alla riskestimater (HR) har statistiskt justerats för zygositet och ålder år 1995.

b. Tvillingpar (likkönade) där ena tvillingen var sjukskriven/fick sjukersättning under år 1995 medan den andra inte.

c. Antal sjukpenningdagar i det första sjukskrivningsfallet under år 1995.

2.5 Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och förtida död

I denna studie undersöktes om sjuk- eller aktivitetsersättning (i resten av avsnittet för enkelhetens skull kallad sjukersättning) innebär ökad risk för förtida död bland kvinnor och bland män och om risken kvarstod efter att den justerats för ålder, tidigare sjuklighet och sociodemografiska förhållanden samt om risken varierade mellan kohorter i olika tidsperioder. Risken för förtida död bland kvinnor och män med olika sjukersättningsdiagnoser undersöktes även i olika åldersgrupper liksom även överensstämmelse mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak.

Samtliga 5 006 523 personer (48,8 % kvinnor) som bodde i Sverige 1995 och var 16–64 år gamla och inte hade sjukersättning vid årets början eller som hade eller fick ålderspension under året följdes upp i 14 år, till och med 2009. De kvinnor och män som fick sjuk- eller aktivitetsersättning beviljad under 1995 jämfördes med dem som inte fick det, vad gällde risk för förtida död. Den relativa risken (HR) för förtida död beräknades med Cox-regressioner, och riskestimaten justerades statistiskt för skillnader mellan studerade undergrupper vad gällde ålder, socioekonomiska förhållanden (utbildningsnivå, typ av boenderegion, familjesituation, födelseland) samt tidigare sjuklighet mätt med vård dagar (dagar man varit inlagd på sjukhus) 1990–1994. Alla analyser har skett separat för kvinnor och män.

För att undersöka om risken för förtida död skilde sig över tid gjordes motsvarande analyser för kohorter med samma inklusionskriterier för kohorterna av dem som bodde i Sverige år 2000 respektive år 2005. I de analyserna följdes var och en av de tre kohorterna under fyra år, för att få jämförbar uppföljningstid.

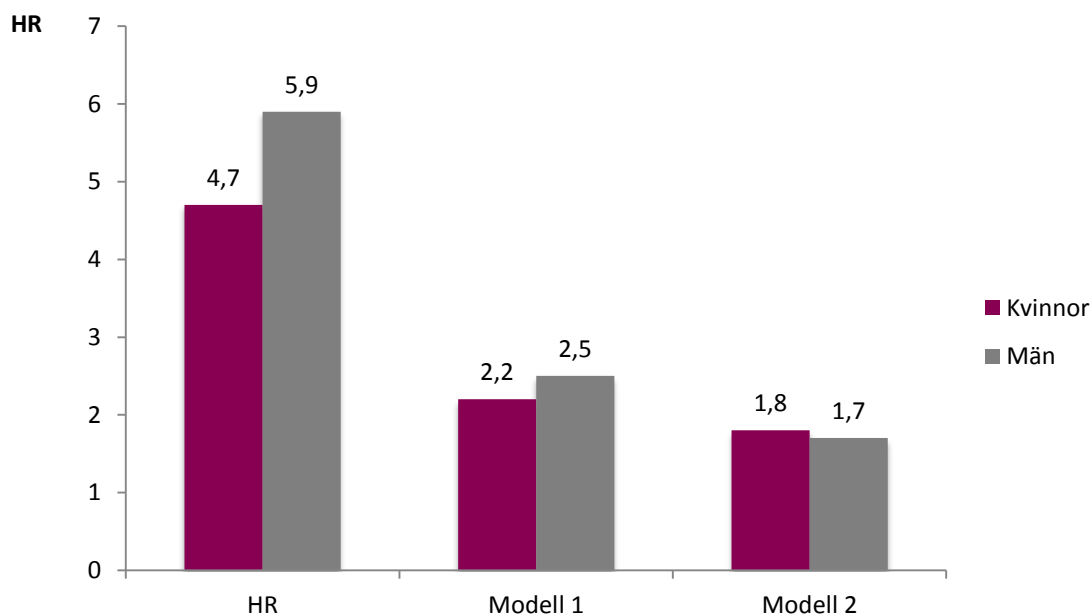
2.5.1 Sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död i 1995 års kohort

År 1995 beviljades 20 358 kvinnor och 17 587 män sjukersättning. Av dessa avled 13 procent av kvinnorna och 25 procent av männen under uppföljningstidens 14 år (1996–2009). Bland kvinnor utan sjukersättning avled tre procent under samma tid och bland män fem procent (tabell 2.5.1). Det fanns en tydlig åldersgradient med lägst andel avlidna i den yngsta åldersgruppen och högst i den äldsta gruppen, som väntat. I varje åldersgrupp var, också som väntat, andel avlidna högst bland männen.

Tabell 2.5.1. Antal kvinnor och män med och utan nybeviljad sjukersättning under 1995 samt antal och andel som avled under 1996–2009 i olika åldersgrupper.

Ålder	Ej sjukersättning			Sjukersättning beviljad 1995		
	Antal 1995	Avlidna 1996–2009		Antal 1995	Avlidna 1996–2009	
		Antal	%		Antal	%
<i>Kvinnor</i>						
16–24	424 309	1 508	0,36	397	22	5,54
25–34	593 813	4 112	0,69	1 472	80	5,43
35–44	544 727	10 084	1,85	3 081	220	7,14
45–54	549 193	25 608	4,66	6 285	697	11,09
55–64	309 570	31 826	10,28	9 123	1 704	18,68
16–64	2 421 612	73 138	3,02	20 358	2 723	13,38
<i>Män</i>						
16–24	443 514	3 874	0,87	394	29	7,36
25–34	625 524	7 761	1,24	1 072	118	11,01
35–44	573 795	16 594	2,89	2 047	298	14,56
45–54	590 744	42 478	7,19	4 840	1 076	22,23
55–64	313 389	52 013	16,60	9 234	2 868	31,06
16–64	2 546 966	122 720	4,82	17 587	4 389	24,96

Den relativa risken (HR) för kvinnor respektive för män med sjukersättning att avlida under uppföljningstiden visas i figur 2.5.1. HR var högst bland män, men efter justering för ålder var skillnaderna mellan kvinnor och män betydligt mindre. När vi därefter justerade även för sociodemografiska faktorer och vårdtid var risken för förtida död lika bland kvinnor och män som fick sjukersättning 1995. Kvinnor som fick sjukersättning det året hade 80 procent högre risk än de som inte fick det att avlida under de kommande elva åren, männen hade 70 procent högre risk.



Figur 2.5.1. Den relativa risken (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning 1995. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning (HR = 1).

Modell 1: Kontrollerad för ålder.

Modell 2: Kontrollerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

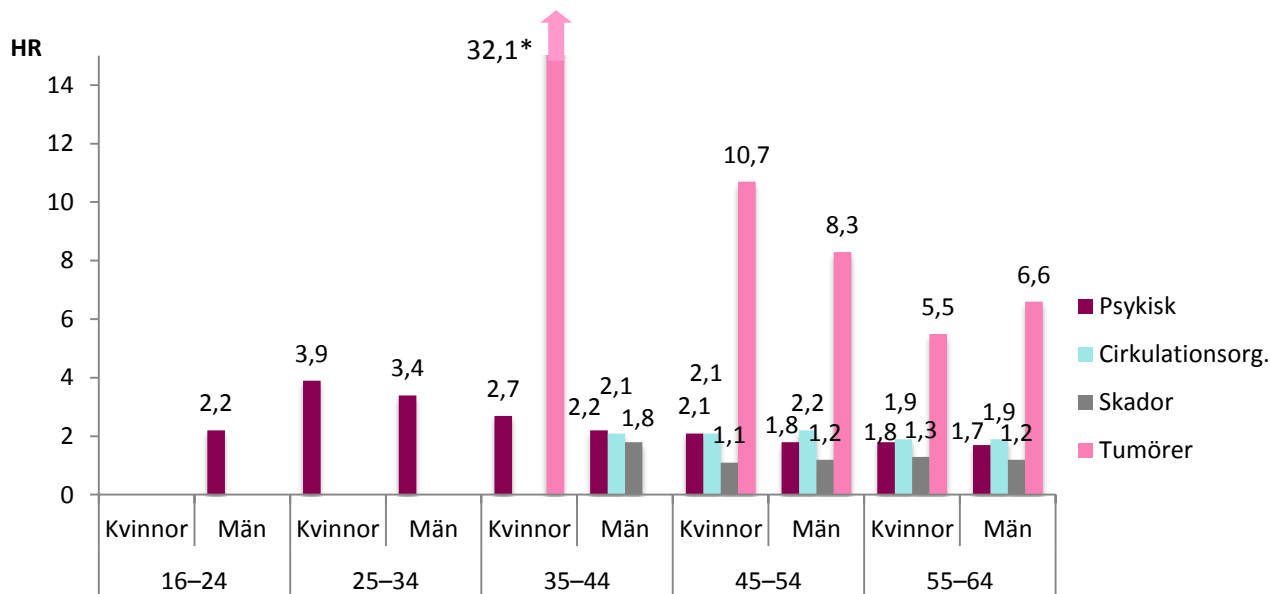
Överensstämmelsen mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak var låg (tabell 2.5.2). De flesta sjukersättningar är beviljade för muskuloskeletala diagnoser – en diagnosgrupp som mycket sällan är en dödsorsak. Lägst överensstämmelse ses följaktligen i muskuloskeletala sjukersättningsdiagnoser och högst i tumörsjukdomar, där 91 procent av kvinnorna och 82 procent av männen också hade denna diagnos som dödsorsak.

Tabell 2.5.2. Andel avlidna på grund av olika dödsorsaker 1996–2009, av totala antalet avlidna bland de som haft sjukersättning i olika diagnoser under 1995, bland kvinnor och män.^a

Sjukersättningsdiagnos 1995	Dödsorsaker 1996–2009 (% av totala antalet avlidna med respektive sjukersättningsdiagnos)								
	Muskuloskeletala	Psykiska	Cirkulationsorganen	Skador, förgiftningar Ej suicid	Suicid	Nervsystemet	Andningsorgan	Tumörer	Endokrina
Muskuloskeletala									
Kvinnor	1,5	1,5	20,8	2,7	2,1	2,2	4,3	46,1	1,6
Män	0,8	2,2	31,9	4,3	1,8	2,0	3,0	34,4	2,1
Psykiska									
Kvinnor	–	5,9	19,5	9,5	10,4	5,0	5,4	25,3	1,4
Män	–	8,6	24,5	16,4	9,0	3,1	4,3	15,6	2,4
Cirkulationsorganen									
Kvinnor	–	–	41,9	–	–	–	–	27,8	4,4
Män	–	0,9	54,8	2,8	–	–	2,6	19,8	3,1
Skador, förgiftningar									
Kvinnor	–	–	19,2	–	–	–	–	41,1	–
Män	–	–	27,3	12,7	–	–	–	24,7	–
Nervsystemet									
Kvinnor	–	–	18,5	–	–	32,5	7,0	21,7	–
Män	–	3,2	27,8	5,2	–	31,3	3,2	15,9	–
Andningsorganen									
Kvinnor	–	–	13,9	–	–	–	47,8	22,9	–
Män	–	–	25,5	–	–	–	30,3	22,9	–
Tumörer									
Kvinnor	–	–	–	–	–	–	–	90,5	–
Män	–	–	7,2	–	–	–	–	82,3	–
Endokrina									
Kvinnor	–	–	34,9	–	–	–	–	17,1	24,8
Män	–	–	44,6	–	–	–	–	14,3	24,7

a. Där antalet avlidna understeg åtta redovisas inga siffror.

Skillnader i risk för förtida död varierade mellan åldersgrupper och sjukersättningsdiagnos. I figur 2.5.2 illustreras risken för förtida död i fyra av sjukersättningsdiagnoserna: psykiska diagnoser, cirkulationsorganens diagnoser, skador och tumördiagnoser, justerat för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid. Högst risk för förtida död hade, i alla åldersgrupper, både kvinnor och män med sjukersättning i tumördiagnoser. Personer med sjukersättning som avled i yngre åldrar var få och konfidensintervallen breda för de flesta sjukersättningsdiagnoser, varför vi valt att inte redovisa dem. Sjukersättning i psykiska diagnoser har en annan åldersfördelning med fler yngre vilket kan ses även i en fördubblad risk för förtida död bland män 16–24 år och tredubblad risk bland både kvinnor och män med sjukersättning i psykiska sjukdomar.



Figur 2.5.2. Relativ risk (HR) för förtida död i olika åldersgrupper bland kvinnor och män med olika diagnoser för sjukersättning. Justerat för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelse-region och vårdtid.

*Observera att denna stapel är förkortad här.

2.5.2 Sjukersättning och risk för förtida död i tre olika kohorter

För att få kunskap om huruvida risken för förtida död varierade över tid, det vill säga kunde bero på olika typer av period- eller kohorteffekter, följdes även två andra kohorter, kohorterna 2000 och 2005 på motsvarande sätt. Förändringar som kan ha betydelse för utvecklingen av sambanden mellan sjukersättning och förtida död är bland annat att förändringar i sjuklighet förändrats över tid med en ökning framför allt av andelen psykiska besvär, att medelåldern bland dem som nybeviljats sjukersättning sjunkit, särskilt bland kvinnorna, att arbetsmarknad, ekonomiska konjunkturer, andel arbetslösa, genomsnittsålder bland de i arbetsföra åldrar samt att regelverket och dess tillämpning kring sjukfrånvaro och sjukersättning förändras liksom tillämpningen av reglerna (15, 38, 57, 90, 126, 129). En fråga som detta leder till är om sådana förändringar innebär att risken för förtida död bland personer med nybeviljad sjukersättning också förändrats över tid.

Den relativa risken (HR) för förtida död bland personer med sjukersättning i de tre kohorterna beräknades för respektive kohorts startår och fyra år framåt.

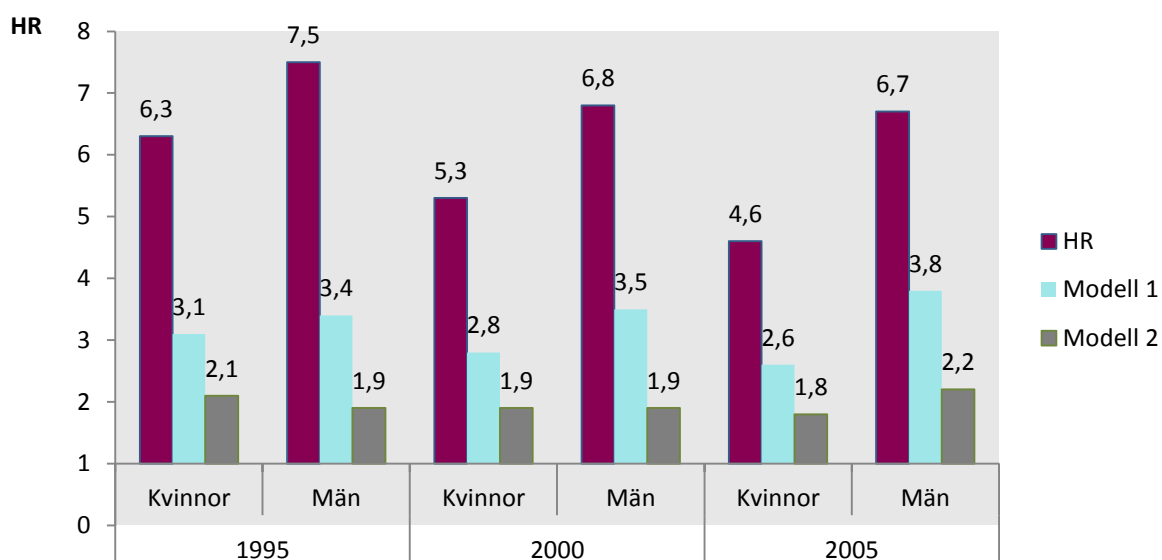
Antalet nybeviljade sjukersättningar ökade drastiskt bland kvinnor från cirka 20 000 i kohorten 1995 till cirka 35 000 i kohorten 2005 (tabell 2.5.3). Även bland män sågs en ökning men inte lika drastisk, från cirka 18 000 till cirka 23 000 mellan samma kohorter. Andelen som avled under uppföljningstiden var lägre i kohorten 2005 än i kohorten 1995.

Tabell 2.5.3. Antal beviljade sjukersättningar bland kvinnor och män 1995, 2000 och 2005 samt antal och andel avlidna bland dessa under fyra års uppföljningstid efter vardera kohort.

Kohort		Sjukersättning		Avlidna	
		n		n	%
1995	Kvinnor	20 358		675	3,32
	Män	17 587		1 136	6,46
2000	Kvinnor	26 208		732	2,79
	Män	19 094		1 115	5,84
2005	Kvinnor	35 335		759	2,15
	Män	22 811		1 187	5,20

Risken (HR) för förtida död beräknades för kvinnor respektive män med nybeviljad sjukersättning i vardera kohorten. Referensgrupper var kvinnor respektive män utan sjukersättning. Grupperna kan skilja sig åt vad gäller ålder, socioekonomiska faktorer och tidigare sjuklighet vilket vi statistiskt justerat för.

I figur 2.5.3 visas att risken för förtida död bland kvinnor med sjukersättning minskade mellan kohort 1995 och kohort 2005 från HR 6,3 till HR 4,6 och bland män från HR 7,5 till HR 6,7. Risken bland dem med sjukersättning halverades när justering gjordes för ålder men fortfarande var överrisken bland dem med sjukersättning omkring tre gånger så hög jämfört med dem utan sjukersättning. Efter justering av riskestimaten för sociodemografiska faktorer och tidigare sjuklighet, mätt i form av vårdtid, fanns en tendens till minskad risk för förtida död mellan kohorter 1995 och kohort 2005 bland kvinnor med sjukersättning. Bland män med sjukersättning sågs en svag ökning av risken mellan samma kohorter.



Figur 2.5.3. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning 1995, 2000 och 2005 i jämförelse med dem utan sjukersättning i vardera kohort (1995, 2000 respektive 2005) samt med justering för ålder och sociodemografiska faktorer samt tidigare sjuklighet.

HR: Ej justerad relativ risk.

Modell 1: Justerad för ålder.

Modell 2: Justerad för ålder, utbildningsnivå, boenderegion, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Risken för förtida död varierade mellan sjukersättningsdiagnoser. Bland kvinnor med sjukersättning i cirkulationsorganens sjukdomar samt i gruppen av övriga diagnoser ökade risken för förtida död. Bland kvinnor med sjukersättning i psykiska diagnoser, skador, tumördiagnoser, endokrina diagnoser och nervsystemets diagnoser minskade risken för förtida död från kohorten 1995 till kohorten 2005.

Bland män med sjukersättning i psykiska diagnoser, cirkulationsorganens diagnoser respektive i nervsystemets diagnoser skedde endast små förändringar i risken för förtida död. Risken för förtida död ökade mellan kohorterna 1995 och 2005 bland män med sjukersättning i tumördiagnoser, skador, andningsorganens diagnoser, endokrina diagnoser och i gruppen med övriga diagnoser.

Resultatet tyder på att kvinnor hade sjukersättning i diagnoser med något lägre risk för förtida död i 2005 års kohort än i de två tidigare kohorterna, medan män hade sjukersättningsdiagnoser med något högre risk för förtida död i 2005 års kohort än i de två tidigare kohorterna. Detta bör studeras för i vilken utsträckning detta har samband med eller förklaras av könsskillnader i sjukersättning på hel- eller deltid.

2.5.3 Sjukersättning och risk för förtida död, en tvillingstudie

När risken för förtida död vid sjukersättning 1995 studerades i tvillingkohorten (se avsnitt 2.8 för en beskrivning av kohorten och delrapport 8 (142) för en beskrivning av analysmetoden) visade resultaten att risken för att dö i förtid under åren 1996–2008 var högre bland dem som *beviljades sjukersättning* under år 1995 än bland dem som inte blev detta, både för kvinnor och för män. I motsats till sjukskrivning så var risken för att dö i förtid efter att ha haft *sjukersättning* något högre bland män (HR 1,87; 1,36–2,57) än bland kvinnor (HR 1,48; 1,02–2,16). Könsskillnaden kunde dock inte statistiskt säkerställas. Analyser av tvillingpar där bara ena tvillingen fick sjukersättning (*sjukersättningsdiskordanta*) visade att sambandet mellan sjukersättning och förtida död delvis påverkades av familjära faktorer.

2.6 Sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser

Muskuloskeletala och psykiska diagnoser är de två största diagnosgrupperna för sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning i Sverige och andra västländer (2, 91, 167-171). Muskuloskeletala diagnoser har länge varit den största gruppen, särskilt bland kvinnor. Under de senaste åren har andelen långtidssjukskrivningar i psykiska diagnoser ökat och är nu något högre än andelen långtidssjukskrivningar i muskuloskeletala diagnoser bland kvinnor (2, 15). En nyligen publicerad rapport från Försäkringskassan (12, 172, 173) baserad på ett urval av cirka 100 000 långtidssjukskrivna (≥ 60 dagar), visar att andelen med muskuloskeletala diagnoser fortfarande är mycket hög, framför allt avseende diagnoser i ryggsjukdomar. Trots detta är förvånansvärt lite känt om hälsorelaterade konsekvenser av att vara sjukskriven i muskuloskeletala diagnoser i form av till exempel risk för sjuk- och aktivitetsersättning eller förtida död. Avsaknaden av stora, populationsbaserade och prospektiva studier har påtalats (2). Syftet med detta delprojekt (135) var att få kunskap om huruvida sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser ökar risken för sjuk- och aktivitetsersättning samt förtida död bland kvinnor och män.

I detta avsnitt redovisas resultat från en prospektiv, populationsbaserad kohortstudie inkluderande fem miljoner personer som var folkbokförda i Sverige 31/12, 2005 och vid denna tidpunkt var 20–64 år. Studien baseras på registerdata från Statistiska centralbyrån (LISA), Försäkringskassan (MiDAS) och Socialstyrelsen (Patientregistret och Dödsorsaksregistret). Studiedeltagarna följdes från den 1/1 2006 till och med 31/12 2009 avseende nybeviljad (incident) sjuk- och aktivitetsersättning (all nybeviljad sjuk- och aktivitetsersättning respektive diagnosspecifik sjuk- och aktivitetsersättning i tumör-, psykiska, cirkulationsorganens samt muskuloskeletala diagnoser) och förtida död (totaldödlighet samt död i tumörsjukdomar, psykiska sjukdomar, syndrom och beteendestörningar, cirkulationsorganens

sjukdomar, sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven samt självmord). Pågående (prevalent) sjukskrivning 2005 i muskuloskeletala diagnoser klassificerades i tre kategorier enligt kapitel XIII, ICD-10:

Kategori 1) ledsjukdomar (M00-M25) och inflammatoriska systemsjukdomar (M30-M36),

Kategori 2) ryggsjukdomar (M40-M54), samt

Kategori 3) sjukdomar i mjukvävnader (M60-M79), sjukdomar i ben- och broskvävnad (M80-M94) och andra sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (M95-M99).

Personer som under 2005 erhöll sjukpenning från Försäkringskassan för sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser i dessa tre kategorier jämfördes med personer som erhöll sjukpenning för andra diagnoser respektive med personer som inte erhöll sjukpenning 2005.

Incidence rate ratios (IRR) och hazard ratios (HR), med 95 % konfidensintervall (KI), beräknades med Coxregression i modeller justerade för ålder, kön, socioekonomiska faktorer (utbildningsnivå, familjesituation, boenderegion och födelse-land) samt sjukhusvård (dagar inlagd på sjukhus samt besök i öppenvård på sjukhus) i tumörsjukdomar, psykiska sjukdomar, syndrom och beteendestörningar, cirkulationsorganens sjukdomar samt sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven. Samtliga analyser stratifierades för kvinnor och män.

2.6.1 Risk för sjuk- och aktivitetsersättning

Fler kvinnor än män var sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser år 2005. Totalt fick 123 473 individer sjuk- och aktivitetsersättning under uppföljningstiden 2006–2009, fler kvinnor (73 063, 59 procent) än män (50 049, 41 procent) (tabell 2.6.1–2.6.2).

Både kvinnor och män som var sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser hade en markant ökad risk för sjuk- och aktivitetsersättning oavsett diagnos (hela kohorten, justerad modell; ryggsjukdomar [kategori 2], IRR 18,57, 95 % KI 18,18–18,97). Bland kvinnorna observerades en kraftigt ökad risk för all nybeviljad sjuk- och aktivitetsersättning bland de som var sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser (ryggsjukdomar [kategori 2], ojusterad modell; IRR 27,40, 95 % KI 26,66–28,17) jämfört med kvinnor som inte var sjukskrivna 2005, som kvarstod efter justering (tabell 2.6.1). Risken var något högre avseende sjukskrivning i diagnoser i ryggsjukdomar [kategori 2] (justerad modell, IRR 19,74, 95 % KI 19,19–20,32) (tabell 2.6.1).

Motsvarande mönster noterades bland männen, det vill säga en markant ökad risk för sjuk- och aktivitetsersättning bland personer sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser. Risken minskade efter justering, men var fortfarande mycket hög. Även för männen var risken högst avseende sjukskrivning i diagnoser i ryggsjukdomar [kategori 2] (justerad modell, IRR 17,02, 95 % KI 16,48–17,58) (tabell 2.6.2).

Dessutom hade både kvinnor och män som var sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser under 2005 en markant ökad risk för diagnosspecifik sjuk- och aktivitetsersättning i tumördiagnoser, psykiska diagnoser, cirkulationsorganens diagnoser samt muskuloskeletala diagnoser. Högst risk för diagnosspecifik sjuk- och aktivitetsersättning noterades bland kvinnor och män som var sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser och risk för sjuk- och aktivitetsersättning i muskuloskeletala diagnoser. Allra högst risk observerades bland sjukskrivna i diagnoser i ryggsjukdomar [kategori 2] där risken var 46-faldigt ökad bland kvinnorna och 55-faldigt ökad bland männen, efter justering. För sjuk- och aktivitetsersättning i tumördiagnoser, psykiska diagnoser och cirkulationsorganens diagnoser var dock risken högre bland kvinnor och män som var sjukskrivna i andra diagnoser än muskuloskeletala (135).

Tabell 2.6.1. Sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser 2005 och risk (IRR) för sjuk- och aktivitetsersättning (SA) (all nybeviljad SA), uppföljning 2006–2009. **Kvinnor.**

Prevalent sjukskrivning i tre kategorier av muskuloskeletala diagnoser	Deltagare		Antal SA	Ojusterad IRR (95% KI)	Justerad IRR (95% KI)
	Antal	%			
Kategori 1: Ledsjukdomar, inflammatoriska ledsjukdomar					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	1 863 123	83	16 464	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	288 135	13	38 095	15,76 (15,48–16,05)	12,02 (11,79–12,25)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1, men minst ett fall i kategori 2 el. 3	60 958	3	13 288	27,39 (26,77–28,02)	18,85 (18,41–19,31)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 1-diagnoser 2005	21 651	1	4 722	27,88 (27,00–28,80)	13,76 (13,28–14,25)
Kategori 2: Ryggsjukdomar					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	1 863 123	83	6 464	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	288 135	13	38 095	15,76 (15,48–16,05)	12,03 (11,80–12,27)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 2, men minst ett fall i kategori 1 el. 3	49 496	2	10 785	27,59 (26,93–28,27)	16,05 (15,64–16,48)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 2-diagnoser 2005	33 113	1	7 225	27,40 (26,66–28,17)	19,74 (19,19–20,32)
Kategori 3: Sjukdomar i mjukvävnader, sjukdomar i ben- och broskvävnad, andra sjukdomar muskuloskeletala systemet/bindväven					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	1 863 123	83	16 464	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	288 135	13	38 095	15,76 (15,48–16,05)	12,04 (11,81–12,27)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 3, men minst ett fall i kategori 1 el. 2	53 097	2	11 607	27,68 (27,03–28,34)	17,20 (16,76–17,64)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 3-diagnoser 2005	29 512	1	6 403	27,23 (26,46–28,02)	17,87 (17,35–18,41)
Totalt	2 233 867		72 569		
Totalt antal personår	8 527 304				

Tabell 2.6.2. Sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser 2005 och risk (IRR) för sjuk- och aktivitetsersättning (SA) (all nybeviljad SA), uppföljning 2006–2009. **Män.**

Prevalent sjukskrivning i tre kategorier av muskuloskeletala diagnoser	Deltagare		Antal SA	Ojusterad IRR (95% KI)	Justerad IRR (95% KI)
	Antal	%			
Kategori 1: Ledsjukdomar, inflammatoriska ledsjukdomar					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	2 180 073	90	16 304	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	174 993	7	23 535	19,40 (19,02–19,79)	10,54 (10,31–10,77)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1, men minst ett fall i kategori 2 el. 3	45 413	2	7 649	24,56 (23,91–25,24)	14,76 (14,34–15,19)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 1-diagnoser 2005	16 681	1	2 561	22,61 (21,69–23,57)	10,72 (10,25–11,22)
Kategori 2: Ryggsjukdomar					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	2 180 073	90	16 304	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	174 993	7	23 535	19,40 (19,02–19,79)	10,53 (10,30–10,77)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 2, men minst ett fall i kategori 1 el. 3	33 479	1	4 822	20,90 (20,25–21,58)	10,93 (10,55–11,31)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 2-diagnoser 2005	28 615	1	5 388	27,77 (26,94–28,64)	17,02 (16,48–17,58)
Kategori 3: Sjukdomar i mjukvävnader, sjukdomar i ben- och broskvävnad, andra sjukdomar muskuloskeletala systemet/bindväven					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	2 180 073	90	16 304	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	174 993	7	23 535	19,40 (19,02–19,79)	10,56 (10,33–10,80)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 3, men minst ett fall i kategori 1 el. 2	44 160	2	7 767	25,96 (25,27–26,67)	14,68 (14,25–15,12)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 3-diagnoser 2005	17 934	1	2 443	19,50 (18,69–20,34)	11,35 (10,86–11,86)
Totalt	2 417 160		50 049		
Totalt antal personår	9 269 311				

2.6.2 Risk för förtida död

Totalt avled 34 225 personer, fler män (22 033, 64 procent) än kvinnor (12 192, 36 procent), under uppföljningstiden 2006–2009 (tabell 2.6.3–2.6.4).

Förtida död var, som väntat, vanligare bland männen, men både kvinnor och män som var sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser hade en markant 1,5-faldigt ökad risk för förtida död oavsett dödsorsak (hela kohorten, justerad modell; ledsjukdomar och inflammatoriska systemsjukdomar [kategori 1], HR 1,50, 95 % KI 1,38–1,63) samt för död i tumörsjukdomar, även efter justeringar. För kvinnorna var risken något högre avseende sjukskrivning i diagnoser i ryggsjukdomar [kategori 2] (justerad modell, HR 1,46, 95 % KI 1,30–1,65) (tabell 2.6.3). Kvinnor som var sjukskrivna i andra diagnoser än muskuloskeletala hade dock den högsta riskökningen (justerad modell, HR 2,06, 95 % KI 1,98–2,15) (tabell 2.6.3). För männen var risken något högre avseende sjukskrivning i diagnoser i ledsjukdomar och inflammatoriska ledsjukdomar [kategori 1] (justerad modell, HR 1,55, 95 % KI 1,39–1,72) (tabell 2.6.4). Män som var sjukskrivna i andra diagnoser än muskuloskeletala hade dock, precis som kvinnorna, högst ökad risk för förtida död (justerad modell, HR 1,84, 95 % KI 1,78–1,91) (tabell 2.6.4).

Dessutom observerades en ökad risk för död i psykiska sjukdomar bland män som var sjukskrivna i diagnoser avseende sjukdomar i mjuk-, ben- och broskvävnad och andra muskuloskeletala sjukdomar [kategori 3]. Vi fann även en ökad risk för död i cirkulationsorganens sjukdomar bland män sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser, främst sjukskrivningsdiagnoser i ledsjukdomar och inflammatoriska ledsjukdomar [kategori 1]. Vidare noterades en ökad risk för död i sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven bland män sjukskrivna i diagnoser i ledsjukdomar och inflammatoriska sjukdomar [kategori 1] samt en ökad risk för självmord bland män sjukskrivna i samtliga tre muskuloskeletala diagnoskategorier och en ökad risk för självmord bland kvinnor sjukskrivna i diagnoser i ryggsjukdomar [kategori 2] (135).

Sammanfattningsvis var således mönstret vad avser ökad risk för totaldödlighet relaterat till sjukfrånvaro i muskuloskeletala diagnoser detsamma för kvinnor och män. Risken för förtida död var dock högre för både kvinnor och män som var sjukskrivna i andra diagnoser än muskuloskeletala, med undantag för risk för död i psykiska sjukdomar bland män, för död i cirkulationsorganens sjukdomar bland både kvinnor och män och för självmord bland män där riskökningen var densamma eller något lägre avseende sjukskrivning i andra diagnoser.

Tabell 2.6.3. Sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser 2005 och risk (HR) för förtida död (totaldödlighet), uppföljning 2006–2009. **Kvinnor.**

Prevalent sjukskrivning i tre kategorier av muskuloskeletala diagnoser	Deltagare		Antal SA	Ojusterad HR (95% KI)	Justerad HR (95% KI)
	Antal	%			
Kategori 1: Ledsjukdomar, inflammatoriska ledsjukdomar					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	1 873 965	82	6 925	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	310 293	14	4 392	3,82 (3,68–3,97)	2,06 (1,98–2,15)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1, men minst ett fall i kategori 2 el. 3	68 701	3	514	2,01 (1,84–2,20)	1,37 (1,25–1,51)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 1-diagnoser 2005	24 391	1	274	3,03 (2,68–3,41)	1,44 (1,27–1,64)
Kategori 2: Ryggsjukdomar					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	1 873 965	82	6 925	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	310 293	14	4 392	3,82 (3,68–3,97)	2,06 (1,97–2,15)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 2, men minst ett fall i kategori 1 el. 3	55 778	2	497	2,40 (2,19–2,63)	1,36 (1,23–1,49)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 2-diagnoser 2005	37 314	2	291	2,09 (1,86–2,35)	1,46 (1,30–1,65)
Kategori 3: Sjukdomar i mjukvävnader, sjukdomar i ben- och broskvävnad, andra sjukdomar muskuloskeletala systemet/bindväven					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	1 873 965	82	6 925	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	310 293	14	4 392	3,82 (3,68–3,97)	2,06 (1,98–2,15)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 3, men minst ett fall i kategori 1 el. 2	59 833	3	551	2,47 (2,27–2,70)	1,46 (1,34–1,60)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 3-diagnoser 2005	33 209	1	237	1,92 (1,69–2,19)	1,27 (1,11–1,44)
Totalt	2 277 350		12 105		
Totalt antal personår	9 033 238				

Tabell 2.6.4. Sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser 2005 och risk (HR) för förtida död (totaldödlighet), uppföljning 2006–2008. **Män.**

Prevalent sjukskrivning i tre kategorier av muskuloskeletala diagnoser	Deltagare		Antal SA	Ojusterad HR (95% KI)	Justerad HR (95% KI)
	Antal	%			
Kategori 1: Ledsjukdomar, inflammatoriska ledsjukdomar					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	2 189 979	90	15 141	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	188 474	8	5 627	4,34 (4,21–4,48)	1,84 (1,78–1,91)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1, men minst ett fall i kategori 2 el. 3	49 684	2	718	2,08 (1,93–2,25)	1,33 (1,23–1,44)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 1-diagnoser 2005	18 111	0,7	71 620	2,97 (2,68–3,29)	1,55 (1,39–1,72)
Kategori 2: Ryggsjukdomar					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	2 189 979	90	15 141	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	188 474	8	5 627	4,34 (4,21–4,48)	1,84 (1,78–1,91)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 2, men minst ett fall i kategori 1 el. 3	36 110	1	652	2,61 (2,41–2,82)	1,49 (1,38–1,62)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 2-diagnoser 2005	31 685	1	437	1,99 (1,81–2,19)	1,28 (1,16–1,40)
Kategori 3: Sjukdomar i mjukvävnader, sjukdomar i ben- och broskvävnad, andra sjukdomar muskuloskeletala systemet/bindväven					
Inget sjukskrivningsfall 2005 (oexponerad)	2 189 979	90	15 141	1,00 (referens)	1,00 (referens)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 1–3, men minst ett sjukskrivningsfall	188 474	8	5 627	4,34 (4,21–4,48)	1,84 (1,78–1,91)
Inget sjukskrivningsfall i kategori 3, men minst ett fall i kategori 1 el. 2	48 597	2	793	2,36 (2,20–2,53)	1,39 (1,29–1,50)
Minst ett sjukskrivningsfall i kategori 3-diagnoser 2005	19 198	0,8	296	2,22 (1,98–2,49)	1,41 (1,25–1,58)
Totalt	2 446 248		21 857		
Totalt antal personår	8 527 304				

Slutsatser: Detta är den första studien av sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser och risk för diagnosspecifik sjuk- och aktivitetsersättning respektive förtida död som omfattar ett helt lands befolkning. Studien visar att sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser kan ha hälsorelaterade konsekvenser för både kvinnor och män i form av en kraftigt ökad risk för sjuk- och aktivitetsersättning samt en ökad risk för förtida död. Sjuk- och aktivitetsersättning var dock vanligare bland kvinnorna och en ökad risk för vissa specifika dödsorsaker observerades enbart bland män sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser.

Även i tidigare, men mindre, studier har samband mellan sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser och risk för sjuk- och aktivitetsersättning observerats (153, 158, 169, 174-178). Sambanden i de tidigare studierna är dock inte så starka som i denna studie, trots att vi har delat in de muskuloskeletala sjukskrivningsdiagnoserna i tre olika kategorier och, jämfört med tidigare studier, har en kort uppföljningstid. Detta kan bero på denna studies stora storlek (vilket ger mycket hög statistisk styrka). Ytterligare en förklaring till våra tydliga resultat är att vi, till skillnad från tidigare studier, jämförde med personer som inte var sjukskrivna. Risken för sjuk- och aktivitetsersättning var högre bland kvinnor, men mycket hög även för männen. Risken var också högre bland kvinnor och män sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser jämfört med kvinnor och män sjukskrivna i andra diagnoser. En förklaring till detta kan vara att sjukdomar i rörelseorganen inte är relaterade till hög dödlighet (170) och därför i högre grad kan leda till sjuk- och aktivitetsersättning. Våra mycket tydliga resultat understryker vikten av att uppmärksamma sambandet mellan sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser och risk för sjuk- och aktivitetsersättning (speciellt bland kvinnor och män sjukskrivna i diagnoser i ryggsjukdomar, [kategori 2]).

Ingen tidigare studie har påvisat samband mellan sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser och en ökad risk för förtida död, trots att tidigare studier hade längre uppföljningstid än vår studie (167, 168). Detta förklaras förmodligen av att de tidigare studierna baserades på små och selekterade grupper. Vår studie visade dock i de flesta fall starkare samband mellan sjukskrivning och en ökad risk för förtida död avseende sjukskrivning i andra diagnoser än de muskuloskeletala (där till exempel vissa tumördiagnoser, med hög dödlighet ingår). Ett flertal samband mellan sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser och en ökad risk för förtida död kvarstod dock även efter justering avseende ålder, socioekonomiska faktorer och sjukhusvård i vissa sjukdomar, trots att sjukdomar och besvär i rörelseorganen är ovanliga dödsorsaker. Kanske påverkar sjukskrivning i muskuloskeletala (liksom i andra) diagnoser *i sig* hälsan via olika mekanismer som vi inte studerat här. I en svensk studie bland 862 långtidssjukskrivna personer rapporterades fler negativa än positiva konsekvenser på grund av sjukskrivningen, till exempel försämrad status avseende ekonomi, fritid, sömn, psykologiskt välmående, social situation, familjesituation och livsstil (179). Vidare kan personer som var sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser 2005 ha haft flera sjukdomar samtidigt (det vill säga komorbiditet/samsjuklighet) och därmed ha varit sjukskrivna tidigare eller blivit sjukskrivna senare i andra diagnoser, till exempel tumördiagnoser eller psykiska diagnoser. Sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser kan också öka risken för nya sjukdomar eller försämma prognosen avseende befintliga sjukdomar (2). Tidigare studier har visat att personer med sjukdomar i rörelseorganen har en ökad risk för ångest och depression som sannolikt kan relateras till sjukdomar i rörelseorganen (180). En sjukskrivning i just muskuloskeletala diagnoser skulle därför kunna öka risken för till exempel ångest eller depression ytterligare. Det är därför viktigt att eventuell förekomst av sådan samsjuklighet eller risk för sådan uppmärksammas, bland annat därför att psykiska besvär är underdiagnostiserade och underbehandlade i hälso- och sjukvården (181). Sambandet mellan sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser och en ökad risk för förtida död behöver uppmärksammas bland både kvinnor och män. Bland män sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser fann vi en ökad risk för död i flera specifika dödsorsaker, bland annat självmord och alkoholism, där en sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser i vissa fall kan ha ”dolt” en sjukskrivning i psykiska diagnoser.

Sammanfattningsvis visar resultaten i denna studie att sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser är en mycket stark riskfaktor för sjuk- och aktivitetsersättning samt att sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser är en riskfaktor för förtida död.

2.7 Sjukskrivning i psykiska diagnoser

Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser har ökat i flera europeiska länder under det senaste decenniet, framför allt bland kvinnor (91, 182, 183). I Sverige har antalet långa sjukskrivningsfall (>60 dagar) sjunkit kraftigt i flertalet diagnoser, inklusive de psykiska, under de senare åren. Däremot har andelen av de långa sjukskrivningsfallen (>60 dagar) i psykiska diagnoser stigit från 18 till 27 procent under tiden 1999–2009 (12). Denna ökning var något större bland kvinnor än bland män. Depressioner, stressreaktioner och ångestsyndrom utgjorde år 2009 hela 93 procent av långtidssjukskrivningarna i psykiska diagnoser (12).

Trots att kunskap om konsekvenser av att vara sjukfrånvarande i psykiska diagnoser är angelägen för läkare, personal på Försäkringskassan, arbetsgivare och patienten själv, är forskningen synnerligen begränsad (2). Eftersom andelen kvinnor som blir sjukskrivna med psykiska diagnoser är betydligt högre än andelen män (184) är det av särskilt stort intresse att få mer kunskap om konsekvenserna för kvinnor.

Några få studier har undersökt sambandet mellan sjukskrivning i psykiska diagnoser och risken för att få sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) eller för att avlida i unga åldrar, det vill säga för förtida död. Fyra tidigare studier har visat att sjukskrivning i psykiska diagnoser ökar risken för förtida död, såväl generellt som för orsaksspecifik död såsom suicid, död i cirkulationsorganens och tumörsjukdomar (168, 185-187). Ytterligare tre norska studier rapporterade att sjukskrivningen i psykiska diagnoser ökade risken för sjukersättning (151, 160, 185). I två av dessa studier fann man också att kvinnor hade en lägre risk än män att få sjukersättning om de var sjukskrivna i en psykisk diagnos (160, 185).

Tidigare studier är baserade på selekterade grupper och/eller har relativt kort uppföljningstid, vilket begränsar säkerheten i slutsatserna. För att fördjupa kunskapen om möjliga konsekvenser av att vara sjukskriven i psykiska diagnoser finns det ett behov av stora, populationsbaserade studier med lång uppföljningstid. Sjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning, och död varierar med ålder, socioekonomisk status och familjesituation och det är därför viktigt att statistiskt kunna ta hänsyn till dessa faktorer (2).

Här redovisas resultat från studier (139) om samband mellan att vara sjukskriven i specifika psykiska diagnoser och risk för sjuk- eller aktivitetsersättning respektive för förtida död bland kvinnor och män. Även risk för förtida död i suicid, tumörsjukdomar och cirkulationsorganens sjukdomar redovisas och betydelse av olika sociodemografiska faktorer samt tidigare sjukhusvård undersöks.

Samtliga analyser baserades på en kohort av alla personer som den 31/12 2004 var mellan 16 och 64 år, folkbokförda i Sverige och som då inte hade pågående sjukskrivningsfall, sjukersättning eller ålderspension. Kohorten (n = 4 937 759; 47,5 % kvinnor) följdes prospektivt, till och med 2008 med hjälp av registerdata från SCB, Socialstyrelsen och Försäkringskassan. I analyserna användes åtta undergrupper av psykiska diagnoser, kodade enligt ICD-10 (188). Risker beräknades som Hazard Ratios (HR) med 95-procentiga konfidensintervall (KI 95%) med Coxregression för ojusterade och justerade modeller; det vill säga analyser där vi justerat för faktorer som skulle kunna påverka sambanden mellan sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning respektive död. De faktorer som kontrollerades för i analyserna var: ålder, utbildning, familjesituation, typ av boenderegion, födelseregion, samt antal dagar inlagd på sjukhus (här kallad vårdtid), och antal öppenvårdsbesök mellan 2000 och 2005.

2.7.1 Risk för sjuk- eller aktivitetsersättning

Andelen bland kvinnorna i kohorten som fick ett nytt sjukskrivningsfall under 2005 i psykisk diagnos (2,2 %) var dubbelt så hög som motsvarande andel bland männen (1,0 %). De flesta (89,3 % bland kvinnorna och 93,6 % bland männen) hade inga nya sjukskrivningsfall under 2005. En relativ hög andel av både kvinnorna och männen (9,2 respektive 10,9 %) som var sjukskrivna med en psykisk diagnos under 2005 fick en sjuk- eller aktivitetsersättning under de följande åren (tabell 2.7.1).

Andelen kvinnor med sådan sjukskrivning som avled under åren 2005–2008 var tre gånger lägre (0,58 %) än andelen män (1,81 %) (tabell 2.7.2).

Tabell 2.7.1. Risk för sjuk- och aktivitetsersättning (SA) 2005–2008 efter ett nytt sjukskrivningsfall 2005, bland kvinnor och män (N= 4 937 759; 47,5 % kvinnor).

Kvinnor	SA	Modell 0	Modell 1
Sjukskrivning 2005	N (%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)
Inga sjukpenningdagar	23 910 (1,02)	1	1
Ej psykiska diagnoser	11 992 (5,90)	5,98 (5,84–6,11)	4,88 (4,77–5,00)
Psykiska diagnoser totalt	4 813 (9,24)	9,33 (9,05–9,63)	6,71 (6,49–6,94)
Organ./utvecklingsstörningar (F00–09, F70–89)	46 (41,44)	58,44 (43,7–78,0)	28,19 (21,1–37,7)
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10–F19)	54 (10,11)	10,26 (7,86–13,41)	2,20 (1,68–2,88)
Schizofreni (F20–F29)	111 (34,05)	40,81 (33,86–49,17)	8,00 (6,61–9,67)
Förstämningssyndrom (F30–F39)	2 073 (11,93)	12,24 (11,70–12,80)	7,40 (7,06–7,76)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40–F42, F44–F49)	681 (12,58)	12,94 (11,99–13,96)	8,62 (7,97–9,31)
Stressrelaterade syndrom (F43)	1 656 (6,26)	6,21 (5,91–6,53)	5,74 (5,46–6,04)
Beteendestörningar (F50–F59, F90–99)	154 (8,86)	8,91 (7,60–10,44)	6,48 (5,52–7,59)
Personlighetsstörningar (F60–F69)	38 (36,19)	45,16 (32,85–62,08)	12,74 (9,2–17,5)
Män	SA	Modell 0	Modell 1
Sjukskrivning 2005	N (%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)
Inga sjukpenningdagar	24 067 (0,93)	1	1
Ej psykiska diagnoser	8 968 (6,25%)	7,25 (7,08–7,43)	4,62 (4,50–4,74)
Psykiska diagnoser totalt	2 719 (10,86)	12,67 (12,17–13,18)	5,94 (5,68–6,20)
Organ./utvecklingsstörningar (F00–09, F70–89)	74 (58,27)	111,19 (88,5–139,7)	32,44 (25,8–40,8)
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10–F19)	146 (9,86)	11,63 (9,89–13,69)	1,71 (1,45–2,02)
Schizofreni (F20–F29)	130 (35,04)	47,77 (40,21–56,76)	9,35 (7,85–11,15)
Förstämningssyndrom (F30–F39)	1 274 (13,56)	16,04 (15,16–16,97)	6,90 (6,51–7,33)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40–F42, F44–F49)	412 (14,18)	16,79 (15,23–18,51)	7,27 (6,58–8,03)
Stressrelaterade syndrom (F43)	594 (5,95)	6,73 (6,21–7,30)	5,49 (5,06–5,96)
Beteendestörningar (F50–F59, F90–99)	66 (9,46)	11,05 (8,68–14,07)	6,48 (5,08–8,25)
Personlighetsstörningar (F60–F69)	23 (34,33)	45,88 (30,49–69,06)	7,85 (5,20–11,83)

Modell 0: Ojusterade data.

Modell 1: HR (KI 95%) justerat för ålder, utbildningsnivå, familjekategori, H-region, födelseregion, vårdtid ej psykiska diagnoser, öppenvårdsbesök ej psykiska diagnoser, vårdtid psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök psykiska diagnoser.

Både de kvinnor och de män som 2005 var sjukskrivna i en psykisk diagnos hade en mycket hög risk för framtida sjuk- eller aktivitetsersättning. Riskestimatet var 9,3 för kvinnor och 12,7 för män (tabell 2.7.1). I analyserna där statistisk hänsyn togs till ålder hade kvinnor fortfarande en lägre risk för sjuk- eller aktivitetsersättning än män. När även hänsyn togs till skillnaderna i sociodemografiska faktorer och vårdtid samt öppenvårdsbesök på grund av somatiska och psykiska sjukdomar, hade dock kvinnor en något högre risk för sjuk- eller aktivitetsersättning än män. Kontroll för skillnader i vårdtid på grund av en psykisk sjukdom hade en mindre effekt bland kvinnor än män för de flesta psykiska sjukskrivningsdiagnoserna.

2.7.2 Risk för förtida död

Både kvinnor och män som 2005 var sjukskrivna i psykiska diagnoser hade fyra till fem gånger så hög risk för att avlida under åren fram till och med 2008 jämfört med dem utan sjukpenningdagar (tabell 2.7.2). Vid statistisk justering för olika faktorer var fortfarande risken 70% förhöjd.

Tabell 2.7.2. Risk (HR) för död 2005–2008 efter ett nytt sjukskrivningsfall 2005, bland kvinnor och män (N= 4 937 759; 47,5 % kvinnor).

Kvinnor	Dödsfall	Modell 0	Modell 1
Sjukskrivning 2005	N (%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)
Inga sjukpenningdagar	6088 (0,26)	1	1
Ej psykiska diagnoser	2194 (1,08)	4,52 (4,31-4,75)	2,57 (2,44-2,70)
Psykiska diagnoser totalt	302 (0,58)	2,41 (2,15-2,71)	1,65 (1,46-1,86)
Organ/utvecklingsstörningar (F00–09, F70–89)	<8 (4,31)	18,22 (7,58-43,78)	6,05 (2,52-14,53)
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10–F19)	20 (3,74)	15,63 (10,08-24,25)	3,02 (1,93-4,72)
Schizofreni (F20–F29)	<8 (1,22)	5,03 (1,89-13,41)	1,41 (0,53-3,77)
Förstämningssyndrom (F30–F39)	106 (0,61)	2,54 (2,09-3,07)	1,54 (1,27-1,87)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40–F42, F44–F49)	31 (0,57)	2,38 (1,67-3,39)	1,82 (1,28-2,60)
Stressrelaterade syndrom (F43)	123 (0,46)	1,93 (1,62-2,31)	1,53 (1,28-1,83)
Beteendestörningar (F50–F59, F90–99)	10 (0,57)	2,38 (1,28-4,43)	1,87 (1,01-3,48)
Personlighetsstörningar (F60–F69)	<8 (2,78)	11,60 (3,74-35,97)	4,44 (1,43-13,83)
Män	Dödsfall	Modell 0	HR Modell 1
Sjukskrivning 2005	N (%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)
Inga sjukpenningdagar	14196 (0,55)	1	1
Ej psykiska diagnoser	3161 (2,20)	4,49 (4,32-4,67)	2,16 (2,07-2,25)
Psykiska diagnoser totalt	453 (1,81)	3,67 (3,34-4,03)	1,73 (1,57-1,90)
Organ/utvecklingsstörningar (F00–09, F70–89)	<8 (6,11)	12,65 (6,33-25,30)	3,55 (1,77-7,11)
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10–F19)	102 (6,87)	14,19 (11,68-17,24)	1,97 (1,62-2,41)
Schizofreni (F20–F29)	16 (4,26)	8,78 (5,38-14,33)	2,38 (1,46-3,91)
Förstämningssyndrom (F30–F39)	172 (1,83)	3,70 (3,19-4,31)	1,69 (1,45-1,97)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40–F42, F44–F49)	38 (1,30)	2,65 (1,93-3,64)	1,40 (1,02-1,93)
Stressrelaterade syndrom (F43)	108 (1,08)	2,19 (1,81-2,65)	1,65 (1,37-2,00)
Beteendestörningar (F50–F59, F90–99)	9 (1,29)	2,61 (1,36-5,02)	1,49 (0,77-2,86)
Personlighetsstörningar (F60–F69)	0	-	-

Modell 0: Ojusterade HR;

Modell 1: justerat för ålder, utbildningsnivå, familjekategori, H-region, födelseregion, vårdtid ej psykiska diagnoser, öppenvårdsbesök ej psykiska diagnoser, vårdtid psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök psykiska diagnoser.

Följande sjukskrivningsdiagnoser höjde risken för förtida död betydligt: organiska och utvecklingsstörningar (både kvinnor och män), schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (framför allt bland män) och psykiska störningar relaterad till psykoaktiva substanser (framför allt bland kvinnor).

De vanligast förekommande psykiska sjukskrivningsdiagnoserna var *förstämmningssyndrom* och *stressrelaterad syndrom*. De som hade sådan sjukskrivning hade en 50 till 70% förhöjd risk att avlida under den fyra år långa uppföljningstiden jämfört med kvinnor och män utan sjukpenningdagar, efter att både sociodemografiska faktorer och vårdtid beaktats. Risken för suicid var tre till fyra gånger förhöjd. Vid analyser av risk för död i specifika dödsorsaker relaterat till sjukskrivning i psykiska diagnoser, var risken bland både kvinnor och män starkast för suicid, men förhöjd även för död i tumörsjukdomar och i cirkulationsorganens sjukdomar, men endast bland män.

Baserat på analyserna i detta kapitel kan information om sjukskrivning i psykiska diagnoser anses vara en tydlig markör för risk för framtida sjuk- eller aktivitetsersättning eller förtida död. Det finns ett stort behov av adekvata interventioner (2, 189).

2.8 Riskfaktorer för sjukskrivning och sjukersättning; tvillingstudier

Kunskapsunderlaget när det gäller riskfaktorer för att bli sjukskriven eller få sjuk- och aktivitetsersättning är hittills mycket begränsat. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) konstaterade 2003 att antalet studier var få, sällan hade hög vetenskaplig kvalitet och ofta var av tvärsnitts- eller retrospektiv karaktär (2). SBU konstaterade att det fanns ett underlag om samband mellan olika socioekonomiska och demografiska faktorer och sjukfrånvaro (2). Ett flertal studier har visat att kön, ålder, boenderegion, socialgrupp och utbildningsnivå har ett samband med förekomst av sjukfrånvaro (2, 190-193). Däremot saknades prospektiva studier om dessa samband då SBU rapporten utkom och få studier hade analyserat sambanden mer ingående för att klargöra kausalitet. Behovet av prospektiva studier konstaterades därmed vara stort (2).

Ett antal studier har undersökt sambanden mellan civilstånd och familjeförhållanden och dessa studier har ibland visat att förekomst av hemmavarande barn eller att skilsmässa har ett samband med sjukfrånvaro (190, 194-198). Tidigare forskning har också i viss utsträckning visat att förhållanden i arbetslivet, så som hög arbetsbelastning, låg kontroll eller möjlighet att påverka sin arbetssituation, samt fysiskt tungt arbete kan öka risken för sjukfrånvaro (199-202). Därtill har även ett antal studier undersökt sambanden mellan livsstilsfaktorer och sjukfrånvaro. Dessa studier har visat att rökning, alkohol, upplevd stress, avsaknad av fysisk aktivitet och övervikt har ett samband med sjukfrånvaro (2).

Trots att det nu är cirka åtta år sedan SBU-rapporten kom, och fler studier av prospektiv karaktär har publicerats, är forskningen om riskfaktorer och orsaker, det vill säga underliggande mekanismers betydelse, för sjukfrånvaro fortfarande mycket begränsad. Mer kunskap behövs även om potentiella skillnader mellan kvinnor och män i olika åldrar och med olika sjukdomar (1, 2, 16, 61, 67, 103, 121, 194, 203, 204).

Flertalet tidigare studier har alltså framför allt studerat livsstils- eller miljömässiga faktorer betydelse för sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning medan biologiska faktorer och andra familjära faktorer (som till exempel tidig familjemiljö) hittills undersökts i mycket liten utsträckning (205, 206), och eventuella könsskillnader i dessa inte alls. Genom att studera tvillingar kan man såväl undersöka den relativa betydelsen av arv och miljö, som kontrollera för familjära faktorer (gemensam delad miljö, som till exempel tidig familjemiljö, och gener) i studier om risk för sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning (207-209).

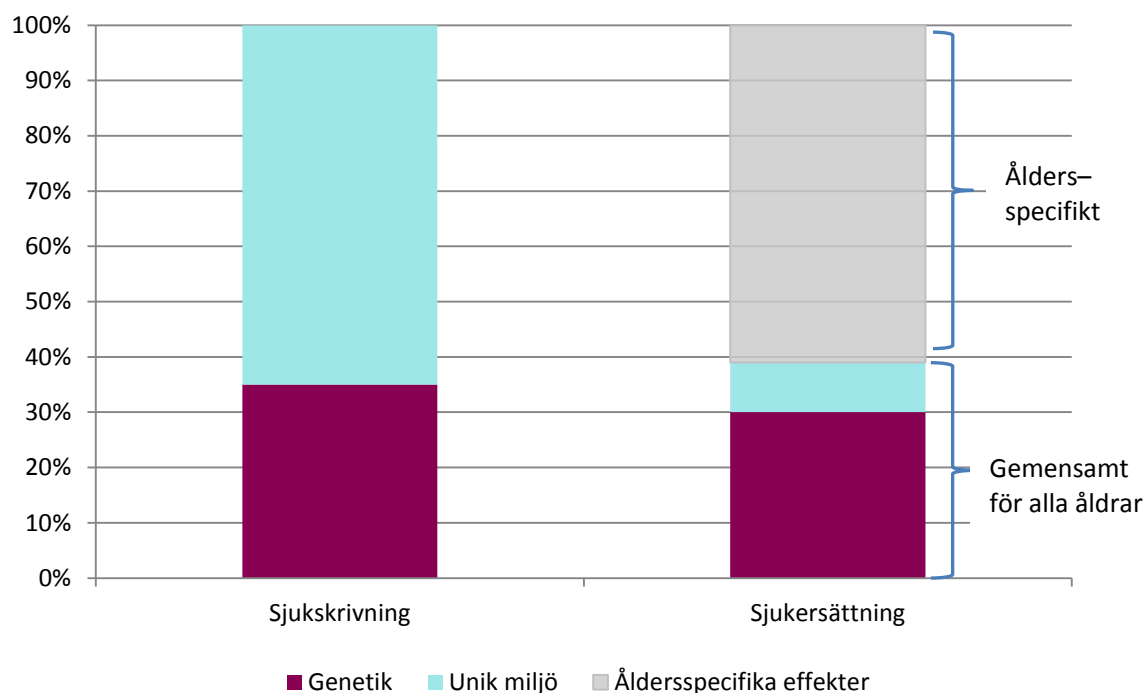
Flertalet vanliga sjukdomar utgör ofta resultatet av ett mycket komplext samspel mellan arv och miljö (207-211). Att familjemedlemmar liknar varandra med avseende på en egenskap eller i förekomst av någon sjukdom har också observerats i många studier (207, 208, 212, 213). Familjär likhet förklaras med att familjemedlemmar delvis har samma gener och en gemensam delad miljö, som till exempel likartade kostvanor. Det finns också skillnader mellan familjemedlemmar vilka förklaras av individspecifika/unika (miljö) faktorer, till exempel utbildning, yrkesval eller arbetsmiljö (207, 208, 212-215).

Den klassiska tvillingmetoden är baserad på det biologiska faktum att enäggstvillingar har utvecklats från ett befruktat ägg medan tvåäggstvillingar uppkommit från två olika befruktade ägg (207-209). Enäggstvillingar är genetiskt identiska medan tvåäggstvillingar i genomsnitt är 50 procent genetiskt lika. Om enäggstvillingar i genomsnitt visar sig vara mer lika än tvåäggstvillingar tyder detta på att genetisk variation har betydelse för den egenskap eller sjukdom vi studerar. Det är därför viktigt att både en- och tvåäggstvillingar inkluderas. I undersökningar av flera folkhälsosjukdomar är tvillingarna i ett stort antal par olika, det vill säga den ena tvillingen i ett par är sjuk medan den andra är frisk. Detta pekar på att individspecifika riskfaktorer har betydelse för den sjukdom eller den egenskap som studeras (207, 208, 212, 214). Genom att kombinera tvillingmetodik med sjukfrånvaroforskning ges en unik möjlighet att kontrollera för familjära faktorer och att undersöka ärftliga faktorerens relativa betydelse för sjukfrånvaro och sjuk- eller aktivitetsersättning i olika diagnoser, vilket har belysts i fem delstudier i en delrapport i detta projekt (142). Data om de 59 598 tvillingar som föddes i Sverige under åren 1925–1958 har hämtats från det Svenska tvillingregistret och kompletterats med data från SCB (LISA), Socialstyrelsen och Försäkringskassan (MiDAS) och använts i flera olika prospektiva kohortstudier.

2.8.1 Betydelse av arv och miljö för sjukskrivning och sjukersättning

Vad variationen beror på har belysts i två delstudier (142). Betydelsen av arv och miljö för sjukskrivning (ha fått sjukpenning från Försäkringskassan) analyserades vid en enda tidpunkt (punktprevalens) utifrån det datum då tvillingarna deltog i en telefonintervju (SALT (142)) (n = 19 770), medan betydelsen för sjukersättning analyserades avseende nya fall (incidens) under åren 1993–2008 (n = 46 454).

Resultaten från dessa två analyser visar att variationen både för sjukskrivning och sjukersättning bäst förklarades av ärftliga och unika miljöfaktorer, medan den modell som även inkluderade parametern för gemensam miljö inte passade data signifikant bättre (det vill säga att det inte fanns evidens för gemensam miljö). Generellt förklarades cirka 30–35 procent av variationen av genetiska faktorer, medan unika (individspecifika) miljöfaktorer förklarade resterande variation när det gäller varför vissa blev sjukskrivna eller fick sjukersättning men andra inte (figur 2.8.1). Den totala variationen i sjukersättning delades in i åldersspecifika faktorer och faktorer som var gemensamma för alla åldrar.



Figur 2.8.1. Den relativa betydelsen av arv och miljö för att bli sjukskriven och för att få sjukersättning. Resultaten visar att lika stor andel av variationen för sjukskrivning och sjukersättning förklarades av det biologiska arvet för både kvinnor och män. Däremot tyder resultaten på att det kan vara olika gener som har betydelse för kvinnor och män när det gäller sjukersättning, en skillnad som inte återfanns för sjukskrivning (se bilaga 1 samt sid 38 i delrapport 8 (142, sid 38)).

När sjukersättning i undergrupperna psykiska (ICD-10 diagnoser F00-F99) och muskuloskeletala (M00-M99) diagnoser undersöktes, återfanns en variation i betydelsen av arv (tabell 2.8.1). För sjukersättningar i psykiska diagnoser förklarade genetiska faktorer nästan 50 procent av den totala variationen, medan för nybeviljade sjukersättningar i övriga diagnoser (utom psykiska och muskuloskeletala diagnoser) bidrog genetiska faktorer med 27 procent. De åldersspecifika effekterna för sjukersättning kan röra sig om såväl genetiska som miljömässiga faktorer, men ålderseffekter är gemensamma för en specifik åldersgrupp.

Tabell 2.8.1. Den relativa betydelsen av arv och miljö i den bäst passande modellen för sjukersättning per diagnosgrupp.

Sjukersättning	Skattade varianskomponenter (95 % KI)		
	Genetik (%)	Unik miljö (%)	Åldersspecifika effekter (%)
Samtliga diagnoser	33 (28–38)	5 (0–18)	62 (46–77)
Psykiska diagnoser	49 (39–59)	6 (0–24)	45 (22–69)
Muskuloskeletala diagnoser	35 (29–41)	3 (0–8)	62 (54–69)
Övriga diagnoser	27 (20–33)	7 (0–16)	66 (55–77)

2.8.2 Riskfaktorer för sjukersättning: könsskillnader och betydelsen av familjära faktorer

Det fanns samband mellan sociodemografiska faktorer och sjukersättning som visade att äldre män, ogifta män, och män med lägre utbildningsnivå samt män med status som lägre tjänsteman, icke facklärda arbetare eller ej förvärvsarbetande hade en högre risk för framtida sjukersättning (alla diagnoser), jämfört med kvinnor.

Risken för sjukersättning i psykiska diagnoser var 54 procent högre för kvinnor än för män och så mycket som dubbelt så hög för att få en framtida sjukersättning med depressions- och ångestrelaterade diagnoser. Könsskillnader fanns för risken för framtida sjukersättning i psykiska diagnoser (tabell 2.8.2 och 2.8.3). Män som var äldre, ogifta, hade lägre utbildningsnivå, var lägre tjänstemän, icke-facklärda arbetare, eller utanför arbetsmarknaden hade en högre risk för att få sjukersättning i psykiska diagnoser än kvinnor i motsvarande grupper. Till skillnad från resultaten för sjukersättning generellt så var däremot högre ålder (55–64 år) och lägre utbildning (grundskola) skyddande faktorer vad gäller framtida sjukersättning i psykiska diagnoser för kvinnor (tabell 2.8.2 och 2.8.3). Efter statistisk justering för familjära faktorer kvarstod alla signifikanta samband, bortsett från sambandet mellan socioekonomisk status och sjukersättning i psykiska diagnoser (tabell 2.8.2). Detta indikerar att familjära faktorer (till exempel föräldrarnas socioekonomiska situation) skulle kunna ha en betydelse för det observerade sambandet mellan socioekonomisk status och risk för framtida sjukersättning i psykiska diagnoser. Det fanns inga könsskillnader i detta resultat.

Tabell 2.8.2. De sociodemografiska faktorerna för vilka det fanns statistisk säkerställda samband med risk för framtida sjukersättning i psykiska diagnoser (ICD-10 Kapitel F00- F99), 1993–2008.

	Sjukersättning i psykisk diagnos 1993–2008			
	Kvinnor		Män	
	Risikfaktor	Skyddande faktor	Risikfaktor	Skyddande faktor
<i>Ålder</i> referens gr. 34–44 år	45–54 år	55–64 år	45–54 år	
<i>Utbildning^a</i> referens gr. universitet		Grundskola Gymnasium	Grundskola	
<i>Civilstånd^a</i> referens gr. Gift	Ogift		Ogift	
<i>SES^a</i> referens gr. tjänsteman på mellannivå		Lägre tjänsteman Egenföretagare Ej förvärvs- arbetande^b	Lägre tjänsteman Icke-facklärd arbetare Ej förvärvs- arbetande^b	
<i>Boenderegion^a</i> referens gr. Stockholm		Glesbygd		Mellanbygd

a. Justerade för födelseår.

b. Inkluderar de som inte var registrerade som arbetande i slutet av november 1990. Här ingår arbetslösa, studerande, hemmafruar/män, socialbidragstagare och så vidare.

Fet stil: statistiskt säkerställda könsskillnader (för riktning se tabell 5 i delrapport 8 (142, tabell 5)), testat med interaktionstermer mellan kön och övriga faktorer. Könsstratifierade analyser har också genomförts.

Tabell 2.8.3. De sociodemografiska faktorerna för vilka det fanns statistisk säkerställda samband med risk för framtida sjukersättning i depressions- och ångestrelaterade diagnoser (ICD-10 Kapitel F30– F48), 1993–2008.

	Sjukersättning i depressions- och ångestrelaterade diagnoser 1993–2008			
	Kvinnor		Män	
	Risikfaktor	Skyddande faktor	Risikfaktor	Skyddande faktor
<i>Ålder</i> referens gr. 34–44 år	45–54 år	55–64 år	45–54 år	55–64 år
<i>Utbildning^a</i> referens gr. universitet		Grundskola Gymnasium		
<i>Civilstånd</i> referens gr. gift ^a	Ogift		Ogift	
<i>SES^a</i> referens gr. tjänsteman på mellannivå		Lägre tjänsteman Egenföretagare	Icke-facklärd arbetare Ej förvärvs- arbetande^b	
<i>Boenderegion^a</i> referens gr. Stockholm	Gbg & Malmö			Mellanbygd

a. Justerade för födelseår.

b. Inkluderar de som inte var registrerade som arbetande i slutet av november 1990. Här ingår arbetslösa, studerande, hemmafruar/män, socialbidragstagare och så vidare.

Fet stil: statistiskt säkerställda könsskillnader (för riktning, se tabell 5 i delrapport 8 (142, tabell 5)), testat med interaktionstermer mellan kön och övriga faktorer. Könsstratifierade analyser har också genomförts.

Vid studier av olika riskfaktorerers betydelse för ett utfall, här sjukersättning, finns vanligen bara data om detta för en tidpunkt. I en delstudie (142) användes data om olika riskfaktorerers förekomst vid två olika tillfällen, med flera års mellanrum. En sammanställning av huvudresultaten visas i tabell 2.8.4.

För kvinnor var ökad tobaksanvändning, ökad alkoholkonsumtion och en ökad BMI över tid förknippat med en viss ökad risk för framtida sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser, medan ökad fysisk aktivitet var en skyddande faktor för framtida sjukersättning för män. En oförändrad förekomst av, eller ett ökat antal smärtpunkter över tid, hade även ett samband med framtida sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser, för såväl kvinnor som män.

Tabell 2.8.4. Samband mellan oförändrat och/eller förändring av hälsorelaterat beteende (1973–2000) och framtida sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser (2000–2008) (ICD-10 M00-M99).

	Sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser under en 10-års period			
	Kvinnor		Män	
	Riskfaktor	Skyddande faktor	Riskfaktor	Skyddande faktor
<i>Fysisk aktivitet</i> ^a				Ökad jmf med regelbunden aktivitet
<i>BMI</i> ^{a,b}	Ökad jmf med oförändrad BMI			
<i>Tobaksanvändning</i> ^{a,b}	Provat eller stabil rökare jmf med aldrig använt			
<i>Alkoholkonsumtion</i> ^{a,b} ref. oförändrat aldrig använt eller minskad	Ökad alkohol användning jmf med oförändrad eller minskad anv.			
<i>Muskuloskeletal smärta</i>	Oförändrad eller ökad smärta jmf med frånvaro av smärta		Oförändrad eller ökad smärta jmf med frånvaro av smärta	

a. Justerade för födelseår, zygositet, antal år i utbildning, civilstånd och självrapporterade sjukdomar.

b. Vid justering för familjära faktorer reducerades riskestimatet för BMI, tobak och alkohol för kvinnor.

Resultaten från de genomförda studierna om riskfaktorer belyser att betydelsen av familjära faktorer, det vill säga arv (gener) och till exempel tidiga miljöfaktorer, varierar beroende på vilka riskfaktorer och vilka samband som studeras. Resultaten tyder på att de bakomliggande mekanismerna för sjukskrivning och sjukersättning delvis är olika för kvinnor och män, möjligen beroende på sjukersättningsdiagnos. Eftersom familjära faktorer var viktiga för flera av de studerade sambanden, och ärftliga (genetiska) faktorer (men inte delade miljöfaktorer) var viktiga för variationen i sjukskrivning och sjukersättning är det inte helt osannolikt att det är genetiska faktorer som förklarar flera av de funna sambanden. Fortsatt forskning behövs dock för att bättre klargöra om de familjära faktorerna beror på genetiska faktorer och/eller på att individer från samma familj har en gemensam familjemiljö. Mer forskning om diagnosspecifik sjukskrivning och sjukersättning är därtill önskvärd. Att en stor andel av variationen (cirka 70 procent) i sjukskrivning och sjukersättning utgörs av unika miljöfaktorer visar att det finns anledning att fortsätta och fördjupa arbetet med miljömässiga preventiva insatser för personer som är sjukskrivna. Resultaten visar till exempel att livsstilsfaktorer har betydelse för risk att få sjukersättning i rörelseorganens sjukdomar. Tidiga miljömässiga insatser för sjukskrivna skulle möjligen kunna minska risken för framtida sjukersättning.

2.9 Långtidssjukskrivna som genomgått försäkringsmedicinsk utredning

Här redovisas resultat från en studie av kvinnor och män som, efter remiss från Försäkringskassan, genomgick en multidisciplinär försäkringsmedicinsk utredning. Orsaken till försäkringsmedicinsk utredning är att Försäkringskassan behöver bättre medicinskt underlag för att kunna fatta beslut om behov av åtgärder och rätt till ersättning. De personer som remitteras till en försäkringsmedicinsk utredning är med andra ord inte representativa för alla långtidssjukskrivna utan utmärks av att det finns oklarheter om vilka åtgärder som behövs eller om medicinska orsaker till arbetsförmågan. Det innebär att resultaten från detta projekt inte enkelt kan generaliseras till andra långtidssjukskrivna. Däremot är det av intresse att studera om det finns könsskillnader inom denna grupp samt i hur Försäkringskassan har handlagt ärendena.

Material och metod

Materialet insamlades för en grupp långtidssjukskrivna som remitterats till försäkringsmedicinsk utredning under perioden från januari 1998 till mars 2007. Sammanlagt genomfördes vid Diagnostiskt Centrum vid Danderyds sjukhus respektive Karolinska sjukhuset inom Stockholms läns landsting 1 006 multiprofessionella försäkringsmedicinska utredningar på uppdrag av Försäkringskassan i Stockholms län. De personer som remitterades hade varit sjukskrivna eller haft deltids eller tidsbegränsad sjukersättning (tidigare förtidspension) sedan minst ett år.

Varje utredning pågick under tre veckor och genomfördes av en läkargrupp bestående av en psykiater, en ortopedkirurg och en specialist i rehabiliteringsmedicin. Inledningsvis fyllde individen i flera frågeformulär, vilka tillsammans med tidigare patientjournaler användes som underlag vid undersökningarna. Varje person undersöktes av var och en av de tre specialisterna, som också utan individens närvaro gemensamt bedömde hälsotillstånd och ställde en eller flera diagnoser. Diagnoserna klassificerades enligt ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 10 (188)). Vid samma tillfälle bedömdes arbetsförmåga, rehabiliteringspotential och prognos för återgång i arbete. Bedömningarna och läkarnas journalanteckningar skickades som remissvar till Försäkringskassans handläggare.

För de individer som genomgick försäkringsmedicinsk utredning under åren 1998–2000 var informationen från dessa mätinstrument inte helt likartad och fullständig. Därför har en kohort skapats som bara omfattar de 635 personer som undersöktes under åren 2001–2007, där informationen är komplett och helt jämförbar. Denna kohort har använts i de studier där denna detaljerade information från försäkringsmedicinsk utredning behövts.

För att få information om vilka åtgärder Försäkringskassan vidtagit före och efter försäkringsmedicinsk utredning kompletterades detta material med en genomgång av personakter på Försäkringskassan år 2009. Av ekonomiska och praktiska skäl kunde inte data extraheras från personakterna för samtliga individer. Ett strategiskt urval gjordes av de 400 individer som tillhörde de fyra största Försäkringskassasektoren i Stockholms län och som fortfarande var boende inom respektive kontors område. Sammanlagt extraherades data från personakterna för 390 personer. Tio personakter kunde inte återfinnas i arkiven. En jämförelse mellan den ursprungliga populationen och de 390 i aktgenomgången visar stor överensstämmelse med avseende på bakgrundsfaktorer.

Extraktionen av data från personakterna skedde med hjälp av en i förväg utprövad strukturerad mall. För samtliga personer noterades uppgifter om hur Försäkringskassan använt den försäkringsmedicinska utredningen, hur den fortsatta handläggningen skett, vilka beslut om rehabilitering och ersättning som fattats, i vilken mån ytterligare information införskaffats, samt om individen begärt omprövning av beslut och/eller överklagat beslut. Försäkringskassans anteckningar i personakterna granskades från och med 1990 till och med 2009.

För att kunna följa upp det långsiktiga resultatet av genomförda försäkringsmedicinska utredningar kompletterades materialet med registerinformation från Försäkringskassan och SCB:s LISA-databas för samtliga 1 006 individer i studien. Det gäller främst information om inkomster, former för försörjning, arbete, familjesammansättning, födelseland, bostadsort och utbildning för vart och ett av åren 1993–2008. För att få mer detaljerade uppgifter om sjukskrivningsperioder och andra ersättningar som individerna hade fått från Försäkringskassan inhämtades också från Försäkringskassans MiDAS-databas uppgifter om sjukpenning och sjukersättning (tidigare förtidspension) för perioden från 1993 till 2008. Information från Socialstyrelsens dödsorsaksregister har också inhämtats.

Här presenteras resultat i fyra delavsnitt. Först i den kommande beskrivningen används information som samlades in om kohorten för de 635 som genomgick försäkringsmedicinsk utredning under åren 2001–2007. Här fokuseras på diagnoser och diagnosförändringar i samband med utredningen. I nästa avsnitt används de uppgifter som extraherats från personakterna för de 390 som ingick i urvalet bland dessa 635. Där beskrivs framför allt uppföljningen av Försäkringskassans handläggning och åtgärder i relation till den information som framkom vid försäkringsmedicinsk utredning. I avsnittet därefter utnyttjas information från aktgenomgången för de 390 från den försäkringsmedicinska utredningen tillsammans med registeruppgifter om sjukpenning och sjukersättning två år efter utredning. Där granskas prognosen vid utredningen för återgång i arbete i relation till om individerna hade sjukpenning eller sjukersättning två år senare. I det sista avsnittet används data om alla de 1 006 individerna som genomgick försäkringsmedicinsk utredning mellan 1998 och 2007 för att beskriva vilka ersättningar från socialförsäkringen som individerna hade fem år före, under året som utredningen skedde och fem år därefter.

Diagnoser

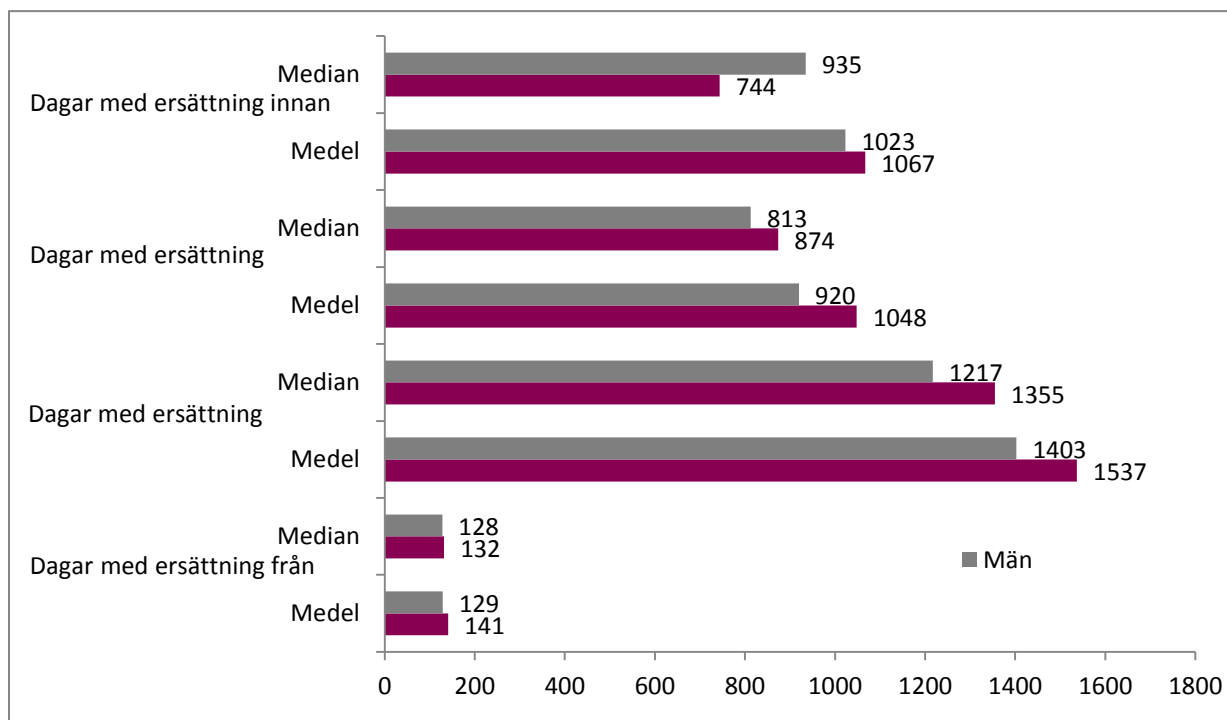
Personerna i studien hade omfattande hälsoproblem i form av självrapporterade fysiska och psykiska besvär och många fick flera olika sjukdomsdiagnoser. En större andel av männen än av kvinnorna rapporterade svåra psykiska besvär och större andel av männen hade också en psykisk diagnos. Både bland kvinnorna och bland männen innebar den försäkringsmedicinska utredningen att ytterligare sjukdomar diagnosticerades och antalet diagnoser ökade särskilt mycket bland männen (tabell 2.9.1). Andelen med psykiska diagnoser ökade kraftigt. Förändringen från att ha haft enbart somatiska diagnoser till en kombination av somatiska och psykiska diagnoser var mer markerad bland män än bland kvinnor.

Tabell 2.9.1. Andel (%) kvinnor och män med enbart psykiska, enbart somatiska alternativt både psykiska och somatiska diagnoser vid remittering till försäkringsmedicinsk utredning (FMU) respektive enligt FMU (n = 633).

Typ av diagnos	Före FMU	Vid FMU		
		Enbart psykisk	Enbart somatisk	Psykisk och somatisk
<i>Kvinnor (n = 400)</i>				
Enbart psykisk	19,7	7,5	0,7	11,5
Enbart somatisk	47,1	1,5	25,2	19,7
Psykisk och somatisk	32,9	7,0	2,7	23,2
<i>Män (n = 233)</i>				
Enbart psykisk	24,8	9,4	0,8	14,1
Enbart somatisk	45,3	7,7	15,4	21,8
Psykisk och somatisk	29,5	6,4	3,4	19,6

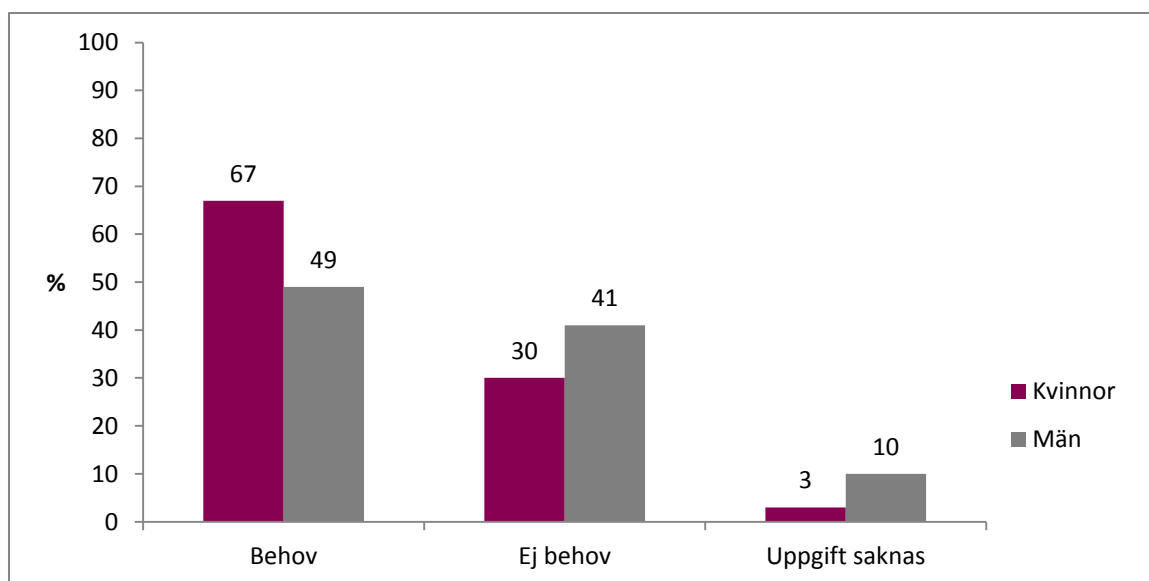
Försäkringskassans handläggning och åtgärder

Drygt en tredjedel av kvinnorna och en fjärdedel av männen hade själva kontaktat Försäkringskassan för att få hjälp med rehabilitering. Försäkringskassan bedömde att 67 procent av kvinnorna och 49 procent av männen hade behov av någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering. Den vanligaste formen av rehabilitering som kvinnorna hade fått var arbetsträning. Kontakterna mellan Försäkringskassans handläggare och den försäkrade skedde framför allt via telefon. Knappt 40 procent av kvinnorna och 46 procent av männen kallades inte till avstämningsmöte någon gång.



Figur 2.9.1. Median och medelvärde för antal dagar med sjukpenning och sjukersättning innan första avstämningsmöte, första åtgärd respektive beslut om remiss till försäkringsmedicinsk utredning samt antal dagar mellan beslut om remiss och anteckning om arbetsförmåga efter remissvar från den försäkringsmedicinska utredningen (n = 390).

Som framgår av figur 2.9.1 har det ofta gått mycket lång tid i sjukfallen innan avstämningsmöte, remiss till försäkringsmedicinsk utredning eller aktiv rehabiliteringsåtgärd noteras. För kvinnor var medianen 744 och för männen 935 dagar med ersättning innan avstämningsmöte ägt rum. Genomsnittet antal dagar var för kvinnor 1 023 och männen 1 067 dagar. Könsskillnaden var inte statistiskt signifikant. När det gäller antalet dagar med ersättning innan första ”aktiva åtgärd” ser förhållandena likartade ut. För kvinnorna var medianen 874 och för männen 813 dagar. För kvinnorna var alltså medianen för aktiv åtgärd något lägre än medianen för avstämningsmöte medan det för männen var tvärtom. Genomsnittet var för kvinnor 1 048 och för män 920 dagar. Könsskillnaden var inte statistiskt signifikant. Tiden från att en handläggare beslutat om remiss till Diagnostiskt Centrum och till dess remissvar anlant och handläggaren bedömt arbetsförmågan var betydligt kortare. För kvinnor var medianantalet dagar 132 och för män 128 dagar. Genomsnittstiden var för kvinnor 141 och för män 129 dagar. Könsskillnaden var inte statistiskt signifikant.



Figur 2.9.2. Andel kvinnor och män som av Försäkringskassans handläggare bedömts ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering vid avstämningsmöte eller vid annat tillfälle.

Vid aktgenomgången registrerades att handläggare bedömt att behov av arbetslivsinriktad rehabilitering fanns för 156 kvinnor (67 %) och 76 män (49 %) (figur 2.9.2). Det var alltså fler som Försäkringskassan bedömde ha behov än som själva tagit kontakt för att få hjälp med rehabilitering. En större andel kvinnor än män bedömdes ha behov av arbetslivsinriktade rehabilitering. Könsskillnaden var statistiskt signifikant och kvarstod efter kontroll för ålder, födelseland och utbildning.

Omkring hälften av de som rekommenderats arbetslivsinriktad rehabilitering vid den försäkringsmedicinska utredningen fick sådan. Tjugofem procent av de kvinnor som fick rekommenderad arbetslivsinriktad rehabilitering hade ingen sjukpenning eller sjukersättning vid uppföljningen två år efter utredningen, medan bara 16 procent av de kvinnor som rekommenderats men inte fick rehabilitering inte hade någon ersättning. Av de män som fick rekommenderad rehabilitering, hade 17 procent ingen ersättning medan bara 4 procent inte hade någon ersättning bland dem som inte fått rekommenderad rehabilitering. Både bland männen och bland kvinnorna hade dock en stor majoritet (63 %) fått sjukersättning två år efter utredningen. Nitton procent av kvinnorna och 12 procent av männen hade partiell sjukersättning.

Återgång i arbete bland kvinnor och män

Få av de långtidssjukskrivna i denna studie återvände till arbete inom en tvåårsperiod. Vid utredningen bedömdes att 80 procent av individerna kunde återfå arbetsförmåga inom två år, förutsatt att de fick lämplig behandling och rehabilitering, men när två år gått hade 70 procent av kvinnorna och 75 procent av männen hel sjukpenning och/eller sjukersättning.

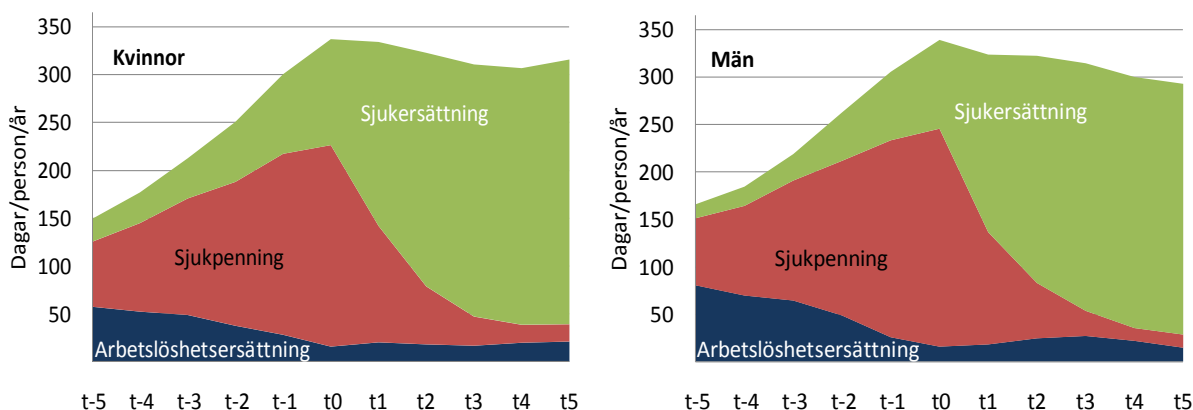
Både bland kvinnor och män hade även andra faktorer än hälsa och sjukdom betydelse för om de hade sjukersättning två år senare (tabell 2.9.2). Vid sidan av diagnostiserad sjukdom och nedsatt arbetsförmåga så som den bedömdes vid den försäkringsmedicinska utredningen fanns det samband mellan ålder, arbetslöshet och födelseland å ena sidan och sjukpenning eller sjukersättning vid tvåårsuppföljningen å den andra. För kvinnorna var arbetslöshet, hög ålder, att vara född i Sverige samt att ha få sociala relationer riskfaktorer för att få heltidsersättning. För männen var arbetslöshet och självrapporterad dålig hälsa och diagnostiserad psykisk sjukdom riskfaktorer för heltidsersättning.

Tabell 2.9.2. Odds ratio (OR), för att ha hel sjukpenning/sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning (FMU) (n = 390).

	Kvinnor OR (KI)	Män OR (KI)
<i>Bakgrundsfaktorer</i>		
Ålder vid FMU – 52–63 år (ref. 21–51 år)	2,61 (1,09–6,22)	1,29 (0,41–4,06)
Födelseland – annat än Sverige (ref. Sverige)	0,41 (0,18–0,96)	2,16 (0,70–6,65)
Anställning – helt arbetslös (ref. anställd)	2,74 (1,31–5,70)	3,20 (1,16–8,88)
Sociala kontakter – få sociala kontakter (ref. många)	2,76 (1,23–6,19)	1,04 (0,37–2,94)
<i>Hälsofaktorer</i>		
Många fysiska symtom (ref. få fysiska symtom)	0,95 (0,44–2,04)	5,09 (1,52–17,00)
Svårigheter i daglig aktivitet (ref. få svårigheter)	2,53 (1,14–5,60)	1,77 (0,57–5,23)
Psykisk diagnos vid FMU (ref. enbart somatisk)	1,61 (0,73–3,53)	3,32 (1,07–10,36)
<i>Bedömning av arbetsförmåga och behov av arbetslivsinriktad rehabilitering vid FMU</i>		
Helt nedsatt arbetsförmåga inom två år (ref. hel/partiell arbetsförmåga)	6,02 (0,72–50,02)	2,59 (0,61–10,94)
Rekommenderad arbetslivsinriktad rehabilitering (ref. ej rekommenderad)	2,51 (1,17–4,42)	1,19 (0,36–4,00)
<i>Försäkringskassans beslut om rehabilitering</i>		
Beslut om arbetslivsinriktad rehabilitering (ref. ej beslut)	1,50 (0,71–3,14)	0,15 (0,04–0,58)

Sjukpenning, sjukersättning och arbetslöshetsersättning före och efter utredningen

Både de kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinsk utredning hade ett stort antal dagar ersatta med sjukpenning, tidsbegränsad sjukersättning eller arbetslöshetsersättning, även åren före utredningen (figur 2.9.3). Det genomsnittliga antalet dagar med sjukersättning ökade snabbt under de fem åren efter utredningen. Männerna hade efter utredningen i medeltal något större antal dagar med arbetslöshetsersättning och kvinnorna ett större antal dagar med sjukersättning.



Figur 2.9.3. Antal dagar i medeltal per person och år för kvinnor och män med arbetslöshetsersättning, sjukpenning och sjukersättning 5 år före (t = -5 – -1) respektive, under (t = 0) samt fem år efter (t = 1–5) försäkringsmedicinsk utredning (n = 1 002).

Sammanfattningsvis var det inga stora skillnader mellan kvinnor och män. Det dröjde något längre innan olika åtgärder sattes in för kvinnorna. Större andel av kvinnorna hade också vid utredningen fortfarande en anställning – vilket kan relateras till att en större andel arbetade inom offentlig sektor. En något större andel av männen hade inte fått sina psykiska besvär diagnostiserade och därmed inte behandlade. Vid sjukskrivningen hade nästan hälften av männen en somatisk diagnos medan den

försäkringsmedicinska utredningen bedömde att nära 80 procent hade antingen enbart psykisk diagnos eller både en somatisk och en psykisk diagnos. Andelen kvinnor som Försäkringskassan bedömde ha ett behov av arbetslivsinriktad rehabilitering var större än motsvarande andel bland männen. Både bland kvinnorna och bland männen ökade antalet dagar med sjuksättning kraftigt under de fem åren efter utredningen.

2.10 Sjukskrivnas upplevelse av bemötande

Många faktorer kan hindra respektive främja att en sjukskriven person återgår i arbete. Sådana faktorer finns på olika strukturella nivåer, det vill säga såväl på samhällsnivå, lokalsamhällesnivå, arbetsplatsnivå, inom sjukvård, Försäkringskassan och andra organisationer, som på individnivå (2). I de studier som presenteras i detta avsnitt är fokus på en specifik sådan faktor, på individnivå; nämligen hur den sjukskrivne upplever bemötandet från personal inom hälso- och sjukvård och Försäkringskassa och betydelse av det för återgång i arbete.

I några av våra tidigare studier, baserade på data från individuella intervjuer respektive fokusgruppsintervjuer av unga vuxna med erfarenhet av långtidssjukskrivning framkom att bemötandet från professionella upplevdes som viktigt för återgång i arbete (216-219); lika viktigt som olika rehabiliteringsåtgärder (115, 220). Detta lyftes fram av de intervjuade, utan att dessa aspekter ingick i intervjuguiderna för de olika studierna. Eftersom bemötande från personal inom dessa organisationer kan vara möjligt att påverka har det varit av intresse att studera detta vidare.

Vi har tagit fram en modell (221, 222) för att teoretiskt förklara samband mellan bemötande och återgång i arbete, baserat på våra resultat och sociologiska emotionsteorier (223, 224). Våra resultat stämmer väl överens med denna modell, som kan användas i samband med interventioner för att påverka förståelsen av betydelsen av olika former av bemötanden av patienter/försäkrade.

Det finns en omfattande forskning och litteratur om bemötande av patienter inom sjukvården och om patient-läkarrelationen (225-229). Det finns nu även alltmer litteratur om bemötande och kommunikation inom Försäkringskassan (74). I många studier har man funnit att framför allt kvinnor har erfarenheter av olika former av negativt bemötande från läkare (228, 230-237). Det finns också en omfattande litteratur om en ”genusbias” i attityder, bemötande, vård och rehabilitering inom hälso- och sjukvård liksom om hur kvinnor har upplevt möten med vården (82, 83, 232-235, 238, 239).

Hur just sjukskrivna personer upplever bemötande från personal inom sjukvården har dock inte studerats i någon större omfattning, trots att ett mycket stort antal läkarbesök inbegriper överväganden om sjukskrivning (62).

2.10.1 Enkätstudier om upplevelser av bemötande

Här presenteras resultat från tre olika enkätstudier om sjukskrivnas upplevelser av bemötande.

I den första ingick samtliga 213 personer som år 1985 bodde i Linköping, var mellan 25 och 34 år gamla och som hade ett nytt sjukskrivningsfall på grund av nack-, skulder- eller ryggdiagnos som varat mer än 28 dagar (240). År 1996, 11 år efter sjukskrivningsfallet, sändes en enkät hem till dessa personer. Enkäten innehöll bland annat frågor om hur kontakter med sjukvård och Försäkringskassa hade uppfattats; de svarande ombads ta ställning till 16 olika typer av bemötanden. I svaren kunde tre dimensioner av bemötanden urskiljas: stödjande, distanserade respektive ”empowering”. Dessa tre faktorer kunde tillsammans förklara 72 procent av den observerade variationen. Kvinnorna uppfattade sina kontakter med både sjukvården och Försäkringskassan som mer stödjande än männen gjorde. Både kvinnor och män med psykiska besvär upplevde kontakterna med sjukvården och Försäkringskassan som mer distanserade.

Den andra studien baseras på fyra frågor om bemötande i en omfattande enkät som Riksförsäkringsverket år 2002 skickade ut till ett slumpmässigt urval om 10 781 bland de 26 067 långtidssjuk-

skrivna personer i åldern 20–64 år vilka under en tvåveckorsperiod i januari 2002 påbörjade ett nytt sjukskrivningsfall som varade mer än 14 dagar. Svarsfrekvensen var 57 procent, varav 67 procent var kvinnor (219). Merparten hade varit med om positivt bemötande och få hade varit med om ett kränkande bemötande. Det fanns inga stora könsskillnader avseende positivt bemötande. Kvinnor uttryckte dock i högre grad upplevelser av positivt bemötande från sjukvården och Försäkringskassan. Speciellt när det gällde kontakter med Försäkringskassan värderade kvinnorna i något större utsträckning bemötandet som positivt (svarade jakande på om bemötandet varit stödande och stärkande, om att ha blivit tagen på allvar, respektive om personalen ”har en riktig bild av mina besvär och arbets- och livssituation”). Skillnaderna, i termer av odds ratios (OR), var dock antingen inte signifikanta eller signifikanta men relativt låga – mellan 1,3 och 1,4.

De fyra frågorna i den enkäten var mycket övergripande. Baserat på våra och andras tidigare resultat samt på teoretiska studier (115, 220-222, 241-243) utformade vi en enkät med mer detaljerade frågor om olika typer av positivt och negativt bemötande från professionella inom hälso- och sjukvård och Försäkringskassa. Den svarande ombads ta ställning till följande påståenden avseende positivt respektive negativt bemötande från personal inom Försäkringskassan respektive hälso- och sjukvård:

Påståenden om positivt bemötande

- | | |
|--|--|
| 1. Trott på min förmåga att arbeta | 2. Tagit sig tid när vi träffats |
| 3. Trott på det jag sagt | 4. Svarat på mina frågor |
| 5. Respekterat mig | 6. Ställt lagom höga krav |
| 7. Lyssnat på mig | 8. Visat sig kunnig/kompetent |
| 9. Engagerat sig i mitt fall | 10. Gjort något utöver det jag förväntat mig |
| 11. Låtit mig ta eget ansvar | 12. Varit trevlig mot mig |
| 13. Stöttat mig att genomföra egna lösningar | 14. Tagit mitt parti/ställt sig på min sida |
| 15. Stöttat/uppmuntrat mig på andra sätt | 16. Berättat om sig själv |
| 17. Givit adekvat och tydlig information/råd | 18. Visat att hon/han tyckt om mig |
| 19. Varit lätt att få tid hos | |

Påståenden om negativt bemötande

- | | |
|---|--|
| 1. Tvivlat på min förmåga att arbeta | 2. Inte lyssnat |
| 3. Misstrott min arbetsmoral/arbetsmotivation | 4. Gjort mig fysiskt illa |
| 5. Inte trott på det jag sagt | 6. Varit för opersonlig |
| 7. Behandlat mig nonchalant | 8. Inte hållit våra överenskommelser |
| 9. Tvivlat på mina besvär | 10. Gett mig skulden för mina besvär |
| 11. Behandlat mig som dum | 12. Inte hållit professionell gräns sexuellt |
| 13. Avvisat mina förslag och lösningar | 14. Pratat så att jag inte förstått |
| 15. Varit stressad/ej tagit sig tid | 16. Avbrutit mig |
| 17. Varit irriterad/otålig | 18. Ställt för höga krav |
| 19. Varit arg/otrevlig | 20. Ställt för låga krav |
| 21. Behandlat mig respektlöst | 22. Inte låtit mig ta eget ansvar |
| 23. Hotat mig | |

För varje påstående fanns fyra svarsalternativ från ”Stämmer helt” till ”Stämmer inte alls” (222, 244). Den svarande ombads därefter även ta ställning till vilka typer av känslor bemötandet hade lett till, samt om de ansåg att bemötandet hade påverkat deras återgång i arbete.

Enkäten skickades i april 2004 till ett slumpmässigt urval om 10 042 personer (bland totalt 22 158) av alla dem som den 31 januari 2004 var mellan 20 och 64 år och som hade ett pågående sjukskrivningsfall som hade varat åtminstone sex men högst åtta månader (219). Denna sjukskrivningstid valdes för att så många som möjligt skulle ha hunnit ha kontakter även med Försäkringskassan. Statistiska centralbyrån administrerade enkäten, de som inte svarade påmindes två gånger. Svartsfrekvensen var 58 procent, vilket innebar att svar från 5 802 personer kunde analyseras. I tabell 2.10.1 redovisas svartsfrekvensen för kvinnor respektive män i olika åldrar.

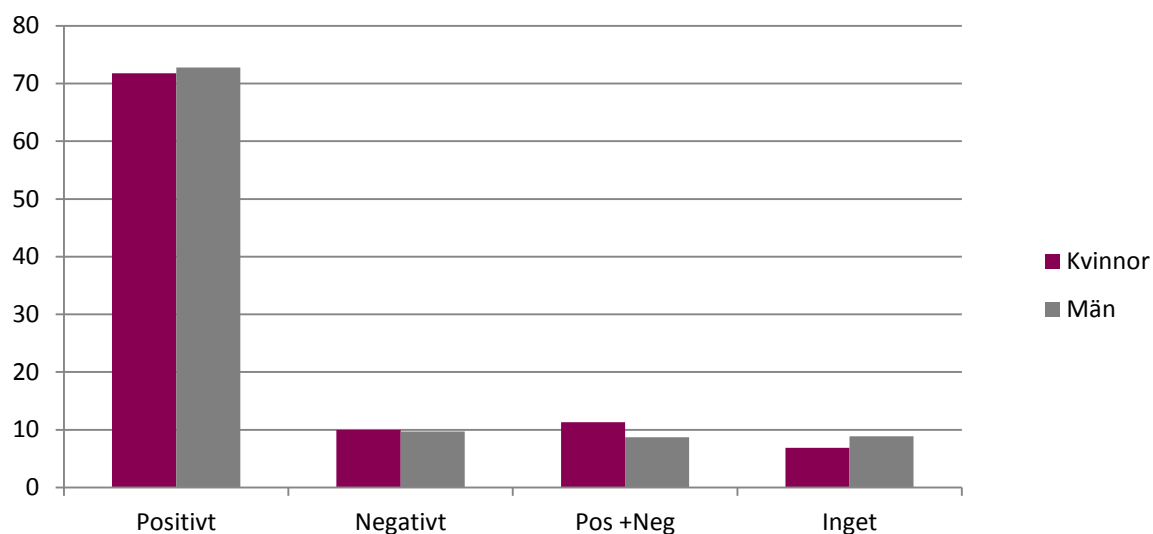
Tabell 2.10.1. Studiepopulation och svarande, långtidssjukskrivna personer (6-8 månader).

	Studiepopulation		Svarande	
	n	%	n	%
<i>Alla</i>	10 042		5 802	58 ^a
Kvinnor	6 031	60	3 698	64
Män	4 011	40	2 104	36
<i>Ålder</i>				
20–29	882	9	460	8
30–39	2 307	23	1 177	20
40–49	2 605	26	1 424	25
50–59	2 901	29	1 825	31
60–64	1 347	13	916	16
<i>Födelseland</i>				
Sverige	8 439	84	4 997	86
Annat land	1 603	16	805	14
<i>Civilstatus</i>				
Gift/registrerat partnerskap	4 595	46	2 885	50
Skild/änka/änkling	2 060	20	1 198	20
Ogift	3 387	34	1 719	30

a. Av dessa hade 83 procent haft kontakt med tjänsteman på Försäkringskassan.

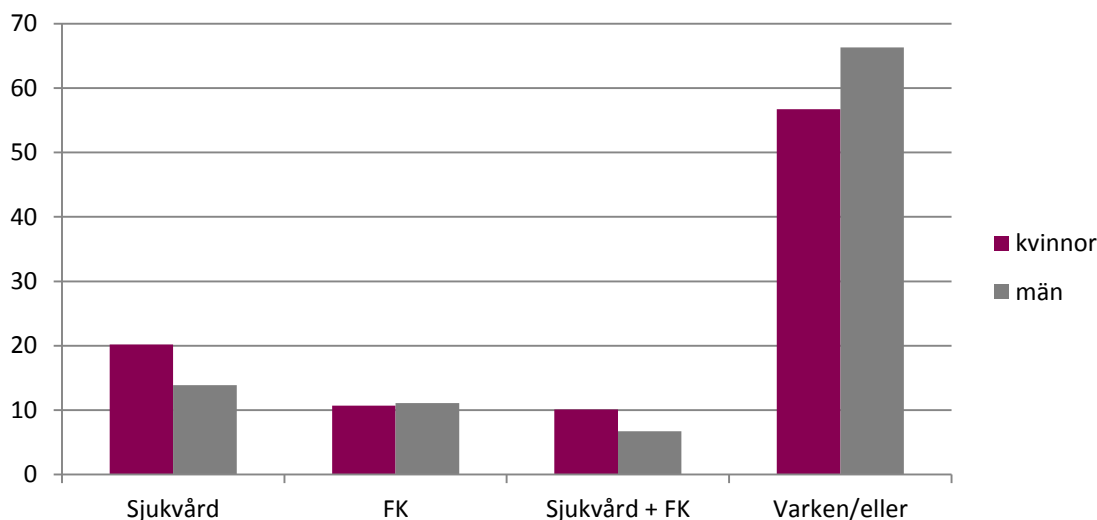
Rörande erfarenheter av positivt bemötande instämde flest i följande tre påståenden: respektfullt bemötande, om man blivit lyssnad till samt om den professionelle varit trevlig (245). Tre dimensioner av positivt bemötande urskiljdes med hjälp av faktoranalys. Dessa kallades kompetens, personlig uppmärksamhet respektive förtroende och tillit.

Av dem som i samband med sin sjukskrivning haft kontakt med Försäkringskassan (246), hade totalt 20 procent (21 % av kvinnorna och 18 % av männen) bejakat den initiala frågan om de hade upplevt negativt bemötande vid kontakt med Försäkringskassan. Merparten av deltagarna i studien (72 %) hade bara erfarenhet av positivt bemötande från Försäkringskassan medan 10 procent hade erfarenhet av både positivt och negativt bemötande (figur 2.10.1).



Figur 2.10.1. Andel (%) med erfarenhet av enbart positivt bemötande, enbart negativt bemötande, både positivt och negativt, respektive varken eller i sina kontakter med Försäkringskassan.

En majoritet bland såväl kvinnorna som männen svarade att de inte upplevt negativt bemötande varken av Försäkringskassan eller av sjukvården, medan 9 procent (10 % av kvinnorna och 7 av männen) rapporterade negativa erfarenheter av bemötandet från personal i båda organisationerna (figur 2.10.2). I alla åldrar skattade en större andel kvinnor än män att de varit med om respektlöst bemötande, och skillnaden var större bland de allra yngsta och äldsta (247).



Figur 2.10.2. Andel (%) kvinnor och män med erfarenhet av negativt bemötande inom endast sjukvården, endast Försäkringskassan (FK), både sjukvården och FK respektive varken inom sjukvård eller FK.

Majoriteten av både kvinnor och män upplevde alltså sina kontakter med sjukvård och Försäkringskassa som positiva. En större andel hade varit med om negativt bemötande från sjukvårdspersonal än från Försäkringskassa och här fanns det en tydlig könsskillnad: fler kvinnor hade varit med om detta.

I tabell 2.10.2 ges andel kvinnor och män som varit med om olika typer av negativt bemötande och justerade och justerade OR för könsskillnaden i detta. Kvinnorna hade större sannolikhet att instämma i ett antal av påståendena om negativt bemötande; för många av påståendena var sannolikheten att instämma 60–70 procent högre för kvinnor i jämförelse med män (247).

Inte i något fall var andelen män som upplevt en negativ form av bemötande högre än andelen kvinnor. Endast för två aspekter ("inte hållit professionell gräns sexuellt" samt "gjort mig fysiskt illa") hade lika stor andel kvinnor och män svarat att de varit med om detta. I samtliga typer av negativt bemötande hade en större andel kvinnor upplevt det. Även efter justering för ålder, födelseland och utbildningsnivå var det en signifikant högre risk att kvinnor upplevt respektive negativt bemötande, det var då mellan 27 och 42 procent högre sannolikhet att kvinnor var med om respektive typ av negativt bemötande.

Tabell 2.10.2. Negativt bemötande från hälso- och sjukvården; andel kvinnor (n = 3 698) jämfört med män (n = 2 104) som angett att respektive bemötande stämmer helt eller ganska bra, samt odds ratios (OR) och 95 % konfidensintervall (KI). Signifikanta siffror i fet stil.

Påstående	Ja (%)		Ojusterade OR ^a		Justerade OR ^b	
	Kvinnor	Män	OR	95 % KI	OR	95 % KI
Tvivlat på min förmåga att arbeta	20	16	1,33	1,15–1,54	1,14	0,98–1,32
Misstrott min arbetsmoral/arbetsmotivation	23	17	1,51	1,32–1,74	1,27	1,10–1,47
Inte trott på det jag sagt	26	18	1,64	1,43–1,88	1,38	1,20–1,60
Behandlat mig nonchalant	28	19	1,66	1,45–1,89	1,37	1,19–1,57
Tvivlat på mina besvär	26	18	1,63	1,42–1,87	1,37	1,19–1,58
Behandlat mig som dum	23	15	1,68	1,46–1,94	1,39	1,19–1,62
Avvisat mina förslag och lösningar	24	17	1,57	1,37–1,81	1,30	1,12–1,50
Varit stressad/ej tagit sig tid	27	19	1,53	1,34–1,74	1,27	1,10–1,45
Varit irriterad/otålig	25	17	1,58	1,38–1,81	1,31	1,14–1,52
Varit arg/otrevlig	22	15	1,65	1,43–1,91	1,39	1,19–1,61
Behandlat mig respektlöst	26	18	1,67	1,45–1,91	1,37	1,18–1,58
Hotat mig	5	4	1,19	0,91–1,55	1,01	0,77–1,33
Inte lyssnat	26	17	1,71	1,48–1,96	1,41	1,22–1,63
Gjort mig fysiskt illa	4	4	0,98	0,74–1,30	0,87	0,65–1,17
Varit för opersonlig	24	17	1,55	1,35–1,78	1,28	1,10–1,48
Inte hållit våra överenskommelser	14	11	1,33	1,13–1,57	1,10	0,92–1,31
Gett mig skulden för mina besvär	15	10	1,49	1,26–1,76	1,22	1,02–1,46
Inte hållit professionell gräns sexuellt	2	2	0,71	0,60–1,42	0,79	0,51–1,23
Pratat så att jag inte förstätt	13	11	1,29	1,09–1,54	1,12	0,94–1,34
Avbrutit mig	20	13	1,67	1,43–1,94	1,40	1,19–1,64
Ställt för höga krav	21	14	1,65	1,42–1,92	1,39	1,19–1,63
Ställt för låga krav	8	7	1,17	0,94–1,44	0,99	0,80–1,23
Inte låtit mig ta eget ansvar	16	12	1,38	1,17–1,61	1,16	0,99–1,37

a. Män referensgrupp.

b. Justerat för ålder, födelseland och utbildningsnivå.

När det gäller motsvarande siffror för Försäkringskassan fanns det, efter justering för ålder, födelseland, utbildning och självskattad hälsa, inga signifikanta könsskillnader, med ett undantag: 50 procent fler kvinnor hade upplevt att man tvivlat på hennes förmåga att arbeta (OR 1,5 (1,1–1,9)).

Vid analys av huruvida olika typer av negativt bemötande lett till att man känt sig kränkt framkommer mycket starka samband (OR) för flera av dessa bemötanden (tabell 2.10.3). I de flesta fall fanns det inga stora könsskillnader, men riskestimaten var generellt högre för männen.

Risken att känna sig kränkt ökade markant (attributable risk) om man blivit exponerad för flera av dessa bemötanden (248). Samtidigt blev det tydligt att olika typer av negativt bemötande är tätt sammankopplade. Det vill säga, för att känna sig kränkt så har man troligen blivit upplevt flera typer av negativt bemötande. Även här var könsskillnaderna små, men riskestimaten var genomgående högre för männen, liksom i de flesta fall för patienter med en psykisk diagnos.

Tabell 2.10.3. Odds Ratios (OR) och 95 % konfidensintervall (KI) för samband mellan att ha upplevt ett visst negativt bemötande av personal inom hälso- och sjukvård och att känna sig kränkt.

Typ av negativt bemötande	OR (95 % KI) för att känna sig kränkt när upplevt olika bemötanden	
	Kvinnor	Män
Behandlat mig respektlöst	12,3 (9,0–17,0)	13,1 (8,2–21,1)
Behandlat mig nonchalant	10,4 (6,9–15,6)	16,0 (8,0–32,0)
Varit arg/otrevlig	8,0 (5,7–11,3)	7,4 (4,7–11,6)
Behandlat mig som dum	6,8 (5,0–9,2)	8,2 (5,3–12,9)
Hotat mig	5,2 (2,3–12,1)	15,8 (3,7–67,0)
Inte trott på det jag sagt	5,6 (4,2–7,6)	5,8 (3,8–9,0)
Inte lyssnat	4,9 (3,6–6,5)	5,3 (3,5–8,0)
Avvisat mina förslag och lösningar	4,3 (3,2–5,7)	7,1 (4,6–10,9)
Inte hållit professionell gräns sexuellt	3,4 (0,8–14,8)	8,5 (1,1–67,3)
Avbrutit mig	3,6 (2,7–4,8)	6,5 (4,1–10,3)
Varit irriterad/otålig	4,2 (3,2–5,6)	4,8 (3,2–7,1)
Tvivlat på mina besvär	4,4 (3,3–5,9)	4,4 (2,8–6,8)
Gett mig skulden för mina besvär	3,8 (2,7–5,6)	4,7 (2,9–7,8)
Varit för opersonlig	4,2 (3,2–5,6)	3,7 (2,5–5,6)
Misstrott min arbetsmoral/arbetsmotivation	3,4 (2,6–4,5)	3,4 (2,3–5,1)
Inte låtit mig ta eget ansvar	3,1 (2,2–4,4)	4,1 (2,6–6,5)
Ställt för höga krav	2,4 (1,8–3,1)	4,1 (2,7–6,2)
Gjort mig fysiskt illa	2,1 (1,1–4,0)	4,4 (1,8–11,0)
Varit stressad/ej tagit sig tid	2,1 (1,6–2,9)	3,4 (2,2–5,1)
Inte hållit våra överenskommelser	2,0 (1,4–2,8)	2,5 (1,6–4,0)
Ställt för låga krav	2,5 (1,3–4,8)	1,8 (0,9–3,8)
Tvivlat på min förmåga att arbeta	1,8 (1,3–2,4)	2,1 (1,4–3,0)
Pratat så att jag inte förstått	1,3 (1,0–1,8)	1,9 (1,2–3,0)

Ur det perspektiv som är aktuellt i denna rapport, nämligen sjukfrånvaro och återgång i arbete, är det av intresse *i vilken utsträckning de sjukskrivna ansåg att bemötandet påverkat deras återgång i arbete.*

Sjukskrivna som upplevde att de blivit negativt bemötta upplevde att detta hade en negativ inverkan på deras möjlighet att återgå till arbete och på motsvarande sätt kände de som tyckte sig ha blivit bra bemötta att det hade haft en positiv/hjälpanande effekt på deras återgång till arbete (249). Dessa samband noterades hos båda könen men var starkare bland kvinnor än bland män (tabell 2.10.4 och 5). Inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor hittades men en tendens att kvinnors återgång påverkades mer (underlättades) av positivt bemötande än män, medan män i sin tur blev mer negativt påverkade ifråga om återgång till arbete av negativt bemötande, kunde skönjas. De yngre angav i högre utsträckning att bemötandet hade haft betydelse för deras återgång i arbete, särskilt de yngre männen när det gäller negativt bemötande (tabell 2.10.6 till och med 9).

Tabell 2.10.4. Hur har **positivt** bemötande från hälso- och sjukvård respektive Försäkringskassan påverkat din återgång till arbete?

	Hindrat		Ingen betydelse		Främjat	
	%	n	%	n	%	n
<i>Hälso- och sjukvård (n = 5 174)</i>						
Kvinna	1,8	59	37,3	1 236	61,0	2 022
Man	2,1	48	41,0	762	56,4	1 047
p = 0,002						
<i>Försäkringskassan (n = 3 950)</i>						
Kvinna	1,5	38	53,2	1 357	45,3	1 155
Man	2,1	29	57,9	810	40,1	561
p = 0,004						

Tabell 2.10.5. Hur har **negativt** bemötande från hälso- och sjukvård respektive Försäkringskassan påverkat din återgång till arbete?

	Hindrat		Ingen betydelse		Främjat	
	%	n	%	n	%	n
<i>Hälso- och sjukvård (n = 1 473)</i>						
Kvinna	43,6	459	50,9	536	5,5	58
Man	44,5	187	51,0	214	4,5	19
p = 0,7						
<i>Försäkringskassan (n = 1 241)</i>						
Kvinna	42,3	295	54,0	377	3,7	26
Man	40,5	139	54,4	187	5,0	17
p = 0,6						

Tabell 2.10.6. Hur har **positivt** bemötande från Försäkringskassan påverkat din återgång till arbete?

Ålder	Hindrat (%)	Ingen betydelse (%)	Främjat (%)	Antal
<i>Kvinnor</i>				
20–29	0,9	58,2	40,9	225
30–39	1,1	47,8	51,1	609
40–49	2,1	48,8	49,1	652
50–59	1,5	55,7	52,8	787
60–65	1,3	63,5	35,2	307
Total:				2 580
<i>Män</i>				
20–29	2,2	60,7	37,1	89
30–39	1,3	45,8	52,9	225
40–49	2,5	56,3	41,1	316
50–59	2,2	58,4	39,4	500
60–65	1,9	67,8	30,4	270
Total:				1 400

Tabell 2.10.7. Hur har **negativt** bemötande från Försäkringskassan påverkat din återgång till arbete?

Ålder	Hindrat (%)	Ingen betydelse (%)	Främjat (%)	Antal
<i>Kvinnor</i>				
20–29	46,4	52,7	0,9	112
30–39	46,4	49,6	4,0	224
40–49	43,9	51,0	5,1	196
50–59	31,6	64,7	3,7	136
60–65	33,3	63,3	3,3	30
			Total:	698
<i>Män</i>				
20–29	54,3	45,7	0,0	46
30–39	52,9	43,5	3,5	85
40–49	39,6	56,0	4,4	91
50–59	33,3	60,9	5,7	87
60–65	11,8	73,5	14,7	34
			Total:	343

Tabell 2.10.8. Hur har **positivt** bemötande från hälso- och sjukvården påverkat din återgång till arbete?

Ålder	Hindrat (%)	Ingen betydelse (%)	Främjat (%)	Antal
<i>Kvinnor</i>				
20–29	2,1	40,8	57,1	282
30–39	2,4	33,3	64,3	765
40–49	2,1	33,4	64,5	874
50–59	1,5	37,5	61,0	986
60–65	0,5	49,8	49,8	410
			Total:	3 317
<i>Män</i>				
20–29	2,8	41,1	56,1	207
30–39	3,5	36,7	59,9	289
40–49	3,4	37,5	59,1	408
50–59	1,7	39,2	59,1	655
60–65	2,5	50,8	46,7	398
			Total:	1 957

Tabell 2.10.9. Hur har **negativt** bemötande från hälso- och sjukvården påverkat din återgång till arbete?

Ålder	Hindrat (%)	Ingen betydelse (%)	Främjat (%)	Antal
<i>Kvinnor</i>				
20–29	46,2	50,3	3,5	171
30–39	46,0	48,4	5,6	341
40–49	48,5	47,1	4,5	291
50–59	36,0	55,8	8,1	197
60–65	20,8	71,7	7,5	53
			Total:	1 053
<i>Män</i>				
20–29	64,0	36,0	0,0	50
30–39	48,7	48,7	2,5	119
40–49	47,5	47,5	5,1	118
50–59	35,8	58,9	5,3	95
60–65	18,4	68,4	13,2	38
			Total:	420

Sammanfattningsvis hade de flesta långtidssjukskrivna upplevt ett positivt bemötande i sina kontakter med hälso- och sjukvård och Försäkringskassan. Få hade upplevt ett negativt bemötande och särskilt få hade upplevt detta från Försäkringskassan. Kvinnor hade generellt en större risk för att ha upplevt ett negativt bemötande. Långtidssjukskrivna personer upplevde att det bemötande de fått påverkade deras möjligheter att återgå i arbete. Det finns anledning att vidta åtgärder som kan främja ett positivt bemötande av sjukskrivna kvinnor och män i alla åldrar.

Hur en person upplever att hon eller han blir bemött är även präglad av förväntningarna på mötet (250). Det finns könsskillnader i förväntningar på och erfarenheter av kontakter med hälso- och sjukvården. Enligt vissa teorier fostras män in i en mer krävande attityd och kvinnor in i en mer hjälpsökande roll i sina kontakter (251). Bäckström fann en tendens till att kvinnor har lägre förväntningar på sina möten med sjukvård och Försäkringskassan än män (74). Om en person har höga förväntningar på vad ett möte ska leda till kan hon eller han uppleva ett möte av samma art som mer negativt än en person som inte har så höga förväntningar. Detta har betydelse vid tolkningen av könsskillnader i upplevelse av bemötande.

3 Sammanfattande diskussion

Den vetenskapliga kunskapsbasen om orsaker till de stora och varierande könsskillnaderna i sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) är mycket begränsad. Kunskapen om hur konsekvenserna av att vara sjukfrånvarande eller att ha sjuk- eller aktivitetsersättning bland kvinnor och män är ännu mer sparsam. I denna rapport har för första gången flera mycket stora data-material använts för att studera könsskillnader i konsekvenser av att vara sjukskriven. Framför allt har utvecklingen av försörjningen över tid undersökts liksom risken för framtida sjuk- eller aktivitetsersättning och förtida död. En studie har också belyst betydelsen av arv och miljö för sjukskrivning och sjukersättning bland kvinnor och män. Utöver detta har könsskillnader studerats för en grupp långtidssjukskrivna som genomgått försäkringsmedicinsk utredning samt i hur långtidssjukskrivna personer upplevt bemötandet från personal inom hälso- och sjukvård respektive Försäkringskassa. Eftersom det finns vissa könsskillnader i sjuklighet har diagnosspecifika skillnader avseende sjukskrivningsdiagnos, sjukersättningsdiagnos och dödsorsak även analyserats.

Endast en mindre andel av de kvinnor och män som var långtidssjukskrivna i mitten av 1990-talet var yrkesarbetande vid uppföljning 13 år senare. För kvinnorna var övergång till sjukersättning vanligare än för männen, medan fler av de långtidssjukskrivna männen övergick till långtidsarbetslöshet. Andelen som avlidit var också hög bland de långtidssjukskrivna, särskilt bland dem som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning och högre bland män än bland kvinnor.

Korta sjukskrivningsfall var vanligare bland kvinnor än bland män, men innebar i högre grad för männen en risk för framtida sjuk- eller aktivitetsersättning. När statistiska justeringar för skillnader i ålder, tidigare sjukskrivning och vårdtid gjordes framkom dock att könsskillnaderna minskade. Detta tyder på att kvinnors och mäns olika sjukhistorik kan förklara en del av skillnaderna i konsekvenser av sjukskrivningen.

Risken för sjuk- eller aktivitetsersättning varierade med omfattningen av tidigare sjukskrivning och för alla sjukskrivningslängder hade kvinnorna högre risk. Det är anmärkningsvärt att även så få sjukpenningdagar som 1–15 under ett år innebar tydligt förhöjda risker för att få sjuk- eller aktivitetsersättning under de kommande åren. På samma sätt som tidigare nämnts minskade skillnaderna mellan kvinnor och män när hänsyn tagits till sjukhistorik och andra sociodemografiska faktorer. Könsskillnaden kunde dock inte helt förklaras med skillnader i ålder, utbildning, boenderegion, födelseregion eller tidigare sjukhusvård. Lågutbildade och äldre hade en starkt förhöjd risk för sjukersättning jämfört med yngre och högutbildade, framför allt gällde den förhöjda risken kvinnor. I de fall när yngre och

högutbildade blev långtidssjukskrivna hade de dock en betydligt högre risk för sjuk- eller aktivitetsersättning än äldre respektive lågutbildade långtidssjukskrivna.

Risken för förtida död var förhöjd både för de kvinnor och för de män som varit sjukskrivna och samvarierade kraftigt med antalet sjukpenningdagar. Den största överrisken för förtida död fanns bland unga personer med många sjukpenningdagar. Riskökningen var likartad för olika dödsorsaker. En mycket hög risk för förtida död vid sjukskrivning, speciellt bland kvinnor, noterades för självmord.

Sambanden mellan sjuk- eller aktivitetsersättning och förtida död visade ett likartat mönster. Kvinnor med sådan ersättning hade en fem gånger så hög risk att avlida under uppföljningstiden jämfört med kvinnor utan sjuk- eller aktivitetsersättning. För männen var motsvarande överrisk nära sex gånger. Efter justeringen för ålder, tidigare vårdtid och för övriga sociodemografiska faktorer var risken för förtida död cirka 70 procent förhöjd bland både kvinnor och män som fick sjuk- eller aktivitetsersättning 1995. Det fanns dock stora skillnader i risker beroende på sjukersättningsdiagnos. Högst risk för förtida död hade personer med tumördiagnoser. Det fanns en begränsad överensstämmelse mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak. De personer med sjuk- eller aktivitetsersättning i muskuloskeletala diagnoser som avled under uppföljningstiden hade exempelvis mycket varierande dödsorsaker. Däremot fanns ett tydligare samband för personer som hade sjukersättning i tumördiagnoser som oftare också hade samma sjukersättningsdiagnos som dödsorsak. De kvinnor som beviljades en sjuk- eller aktivitetsersättning år 2005 hade en något lägre risk för förtida död jämfört med de som beviljades sådan ersättning 1995. Bland män kunde istället en svag ökning noteras mellan motsvarande kohorter.

Fler kvinnor än män var sjukskrivna i muskuloskeletala sjukdomar och både kvinnor och män med dessa diagnoser hade en markerat ökad risk för sjuk- eller aktivitetsersättning i olika diagnoser. Risken för sådan ersättning var högre bland kvinnorna än bland männen, även efter justeringen för tidigare sjukhusvård, öppenvårdsbesök och sociodemografiska faktorer. Risken var något högre avseende sjukskrivning i diagnoser i ryggsjukdomar för både kvinnor och män. Mönstret avseende ökad risk för förtida död relaterat till sjukfrånvaro i muskuloskeletala diagnoser var detsamma för kvinnor och män.

Sjukskrivning i psykiska diagnoser innebar också höga risker för sjuk- eller aktivitetsersättning och förtida död. Efter justeringen för tidigare vårdtid och sociodemografiska faktorer, hade kvinnor som var sjukskrivna i en psykisk diagnos en något högre risk för sjuk- eller aktivitetsersättning än män medan det inte fanns könsskillnader i risk för förtida död. Såväl kvinnor som män som var sjukskrivna i en psykisk diagnos hade en tre gånger förhöjd risk att avlida i självmord under de kommande åren, men även en överdödlighet på grund av sjukdomar i cirkulationsorganen noterades. Alla specifika psykiska sjukskrivningsdiagnoser var förknippade med höga risker för sjuk- eller aktivitetsersättning och förtida död. De två vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna; förstämningssyndrom och stressrelaterade syndrom var tydliga riskmarkörer för självmord.

Studien av tvillingar visade att genetiska faktorer kan förklara en del av variationen i sjukskrivning och sjukersättning. Familjära faktorer, det vill säga genetiska faktorer och gemensamt upplevd tidig miljö, var dock av mindre betydelse för konsekvenser av sjukskrivning i termer av sjukersättning och förtida död. Kvinnorna i materialet hade en 30 procent högre risk att få sjuk- eller aktivitetsersättning jämfört med männen, men samma riskfaktorer var verksamma för båda könen. Könsskillnader noterades för framtida sjukersättning i psykiska diagnoser. Risken var högre för kvinnor än för män och betydligt högre för sjukersättning i subgruppen med depressions- och ångestrelaterade diagnoser. Däremot hade äldre, ogifta, lågutbildade män en högre risk för att få sjukersättning än kvinnor med motsvarande situation. Analyserna visade också att livsstilsfaktorer som rökning, alkohol och övervikt ökade risken för sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser medan fysisk aktivitet hade en skyddande effekt.

Studien av långtidssjukskrivna som genomgått en försäkringsmedicinsk utredning visade att gruppen, såväl kvinnor som män, hade mycket omfattande hälsoproblem och mycket lång sjukskrivningstid före utredning, vilken skedde något senare i sjukskrivningsprocessen för kvinnor. Utredningen innebar i många fall att ytterligare sjukdomar diagnosticerades speciellt vad gäller psykiska diagnoser. En uppföljning två år efter utredningen visade att majoriteten beviljats sjukersättning. Försäkringskassans åtgärder för denna grupp sattes in efter mycket lång sjukskrivningstid, och tid till åtgärd var något längre för kvinnor än för män.

Långtidssjukskrivna personer upplevde att det bemötande de fått påverkade deras möjligheter att återgå i arbete. Kvinnor hade större risk att ha upplevt ett negativt bemötande. Det finns anledning att vidta åtgärder som kan främja ett positivt bemötande av sjukskrivna kvinnor och män i alla åldrar.

På ett övergripande plan är det mest tydliga resultatet att trots de stora könsskillnaderna i risk för sjukfrånvaro (2) fann vi inga stora skillnader mellan kvinnor och män i konsekvenser av att vara sjukskriven, i termer av sjuk- eller aktivitetsersättning eller förtida död, generellt eller i specifika diagnoser. Statistisk justering för tidigare sjuklighet i form av tidigare sjukskrivning och vårdtid hade större effekt på riskestimaten bland män än bland kvinnor. Resultaten tyder på att skillnader i kvinnors och mäns sjukhistorik och diagnoser utgör en viktig delförklaring till könsskillnader i konsekvenser av att vara sjukfrånvarande. Det saknas tidigare studier som belyser detta, och det finns flera olika möjliga tolkningar, varav flera nämns i rapportens bakgrundskapitel (2, 5, 13, 22, 27, 57, 61, 67, 96, 101, 114, 118, 194, 203, 204, 222, 240, 252-256). Oavsett vilken tolkning som görs av de redovisade könsskillnaderna i konsekvenser av sjukfrånvaro visar dessa studier att det finns ett stort behov att genomföra fördjupade analyser av diagnosspecifik sjukfrånvaro och diagnosspecifika konsekvenser för kvinnor och män i olika åldrar och livssituationer, för att få en kunskapsbas som är användbar som underlag för interventioner.

Några metodologiska aspekter

De redovisade studierna baserades på mycket stora databaser, utan motstycke i sjukfrånvaroforskningen hittills. Data från olika register har använts och de täcker hela Sveriges befolkning. Individer följdes upp prospektivt i upp till 15 år med hänsyn till sjuk- och aktivitetsersättning och förtida död. Databasen inkluderade även information om flera faktorer som kan ha betydelse för samband mellan sjukskrivning och framtida sjuk- och aktivitetsersättning samt förtida död, nämligen sociodemografiska faktorer och vårdtid. Trots dessa enorma fördelar, skall dock några punkter beträffande variabler och analysmetoden nämnas som är viktiga att beakta i tolkningen av resultaten.

Vårdkontakter (vårdtid i sjukhuset samt antal öppenvårdsbesök vid sjukhus) användes som ett mått för sjuklighet. Detta ger viss information om viss sjuklighet – en stor del av sjukligheten leder inte till kontakter med sjukhusvård och många typer av sjuklighet påverkar inte arbetsförmågan eller risk för förtida död. Det kan även finnas könsskillnader vad gäller kontakter med sjukhus, till exempel vad gäller vid vilka diagnoser personer blir inlagda, vilken vård de får och hur länge de blir inlagda.

Här har endast den sjukfrånvaro som ersatts av Försäkringskassan tagits med i beräkningarna. Det innebär att för de flesta personer som har en anställning så har inte de sjukfrånvarofall som varit kortare än 14 dagar kunnat beaktas.

I flertalet fall har sjukfrånvaro alternativt sjuk- eller aktivitetsersättning under en kohorts startår beaktats. Det innebär att riskestimaten i de flesta fall torde vara en underskattning – flera i den oexponerade gruppen har under kommande år haft sjukfrånvaro.

I de flesta analyser jämfördes sjukskrivna kvinnor med icke sjukskrivna kvinnor och sjukskrivna män jämfördes med icke sjukskrivna män. Det innebär att situationen för kvinnor utan sjukskrivning kan vara annorlunda än situationen för icke sjukskrivna män.

I alla studier om sjukfrånvaro är det centralt att skilja på orsaker till en sjukdom och orsaker till sjukfrånvaro på grund av denna sjukdom. På samma sätt, dock metodologiskt betydligt svårare, är det centralt att skilja på konsekvenser av att vara sjukskriven från konsekvenser av den sjukdom som orsakat sjukskrivningen (2). I projekten som redovisas i denna rapport har några, mycket övergripande, studier om detta gjorts. Resultaten visar på ett behov av fördjupade diagnosspecifika analyser och forskning om samspelet mellan sjuklighet, sjukfrånvaro och könsspecifika villkor i arbets- och privatliv liksom i vård och vilken betydelse dessa faktorer kan ha för konsekvenser av att vara sjukskriven. Resultat från sådana studier är viktiga som underlag för ställningstagande till optimal sjukskrivningspraxis för kvinnor och för män.

Implikationer

Delstudierna i detta forskningsprojekt tyder på att sjukskrivning utgör en tydlig risk för framtida sjuk- och aktivitetsersättning och förtida död för både kvinnor och män. Detta gäller även så kort sjukskrivning som 1–15 sjukpenningdagar. Särkilt bland yngre personer (under 35 år) var sjukskrivning förknippad med en större risk för förtida död. En ökad medvetenhet om detta behövs, bland allmänheten, inom arbetsliv, hälso- och sjukvård, Försäkringskassan, arbetsförmedlingar och andra aktörer.

Tidiga insatser är naturligtvis en faktor som är av betydelse. Mer kunskap behövs om när, för vilka och på vilket sätt detta behövs. Tydliga satsningar på att öka kunskapen om livsstilsfaktorers betydelse för sjukfrånvaro samt tidiga insatser för sjukskrivna är av vikt, särskilt för yngre personer och kvinnor, för att förhindra sjukskrivning och förtida död.

Dessutom behövs en större medvetenhet om möjliga negativa såväl som positiva konsekvenser av att vara sjukfrånvarande, för att kunna beakta dessa vid ställningstagande till sjukskrivning och framför allt till vad som ska ske under en sjukfrånvaro. Vilka åtgärder som kan vidtagas för att förebygga eventuella negativa konsekvenser för hälsa, sjuklighet, överlevnad, karriär, livsstil, kontakter etcetera. Det senare innebär även att betydligt mer kunskap om sådana konsekvenser behövs, på en mer detaljerad nivå. Det vill säga, mer forskning om detta behövs också (2).

Möjligheten till ekonomisk ersättning när man inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada är en central aspekt av varje välfärdssamhälle och av stor betydelse för både kvinnor och män. En satsning på bred och professionell massmedial information om vilka villkor som gäller i sjukförsäkringen, om syftet med den, och vilka värden den baseras på för att öka försäkringens legitimitet och tydliggöra skillnaderna mellan att vara sjuk från att vara arbetsoförmögen på grund av sjukdomen.

Sjukskrivning i alla psykiska diagnoser innebär höga risker för förtida död, framför allt genom självmord, för både kvinnor och män. Detta gällde även för de vanligast förekommande psykiska sjukskrivningsdiagnoserna; stressrelaterade psykiska syndrom och förstämningssyndrom. Detta handlar alltså om personer där en psykisk sjukdom är konstaterad och personer som har kontakt med en läkare för detta. Att psykiska sjukdomar inte diagnosticeras alternativt inte är optimalt behandlade är ett ofta påpekat problem. Här behövs ett flertal interventioner. Av vikt i detta sammanhang är att risken för självmord var minst lika hög för kvinnor som för män.

Trots att sjukskrivning är en vanlig ordination i svensk sjukvård har hantering av sjukskrivningsärenden tidigare inte letts och styrts inom sjukvården på samma sätt som annan vård och behandling (257). Det har i det närmaste helt saknats strategier för kvalitetssäkring av detta arbete (181, 258). Det har även saknats strategier för kompetensutveckling liksom strategier för samarbete inom sjukvården och för samverkan med andra aktörer. I den så kallade sjukvårdsmiljarden fick landstingen i uppdrag att förstärka ledning och styrning av hantering av patienters sjukskrivning, för att förbättra kvalitén av detta arbete. Det har varit stora problem med att utveckla detta på verksamhetsnivå (62, 259). Ett ytterligare uppdrag till landstingen inom ramen för sjukvårdsmiljarden var att främja kvinnors hälsa

(62, 83, 181, 259). Jämställdhetsprojekt är dock det område som det har varit svårast att få igång verksamhet kring (260). Vi föreslår tydligare uppdrag till landstingen liksom till Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att främja detta.

Oavsett vilken tolkning som görs av de redovisade resultaten av konsekvenser av sjukfrånvaro och sjuk- eller aktivitetsersättning visar dessa studier på ett stort behov av fördjupad kunskap om konsekvenser för kvinnor och män av att vara sjukskrivna. Önskvärt är studier med lång uppföljning av stora material, och som inkluderar sjukfrånvarodiagnoser, med tydligt genusperspektiv. Framför allt är det viktigt att få en klarare bild av hur de medicinska skillnaderna ser ut bland kvinnor och män och att studera hur sjukfrånvaro, arbetsvillkor samt förhållanden i privatlivet samspelar för kvinnor och män.

Genusaspekter är en nyckeldimension i våra liv och sociala kontakter, privat, i arbetslivet och i vårdkontakter. En betydligt större medvetenhet om genusbias och genusordning i olika organisationers struktur och verksamhet krävs för förändring av negativa konsekvenser av genusbias och för att kunna motverka att sådana processer fortsätter (82, 83, 86, 96, 261-263).

4 Bilagor

4.1.1 Bilaga 1

Tabell 4.1 Jämförelse av modeller för genetisk känslighet för sjukersättning bland kvinnor och män samt de skattade varianskomponenterna (95 % KI) (142).

Parametrar	Modell [#]				
	I. ACE, r_g är skattad	II. AE, r_g är skattad	III. CE, r_g är skattad	IV. AE [*] , r_g är skattad	V. AE ^a , $r_g = 0,5$
$a^2_{\text{män}}$	0,32 (0,25–0,38)	0,31 (0,25–0,37)	–	0,30 (0,25–0,35)	0,28 (0,24–0,33)
$c^2_{\text{män}}$	0,00 (0,0–0,0)	–	0,16 (0,11–0,21)	–	–
$e^2_{\text{män}}$	0,10 (–0,02–0,22)	0,07 (–0,02–0,16)	0,17 (–0,07–0,40)	0,09 (–0,04–0,21)	0,10 (–0,03–0,22)
$e^2_{\text{män}}$	0,59 (0,44–0,74)	0,62 (0,50–0,74)	0,67 (0,42–0,93)	0,62 (0,45–0,78)	0,62 (0,47–0,78)
a^2_{kvinnor}	0,30 (–0,04–0,64)	0,29 (0,19–0,39)	–	0,30 (0,25–0,35)	0,28 (0,24–0,33)
c^2_{kvinnor}	0,00 (–0,26–0,26)	–	0,26 (0,04–0,48)	–	–
e^2_{kvinnor}	0,14 (–0,15–0,42)	0,10 (–0,21–0,42)	0,28 (–0,32–0,87)	0,09 (–0,04–0,21)	0,10 (–0,03–0,22)
e^2_{kvinnor}	0,57 (0,20–0,93)	0,61 (0,21–1,00)	0,65 (0,31–0,99)	0,62 (0,45–0,78)	0,62 (0,47–0,78)
Genetisk					
korrelation, r_g	0,36 (0,13–0,58)	0,36 (0,13–0,58)	0,10 (0,10–0,10)	0,36 (0,25–0,48)	0,5
$\Delta\chi^2$	–	0,48	68,24	0,99	6,78
Δfg	–	2	2	4	5
p -värde	–	0,79	<0,001	0,91	0,24
ΔAIC	–	–3,52	64,24	–7,01	–3,22

[#] Den klassiska tvillingmodellen inkluderar parametrar för genetiska- (A), gemensamma miljö- (C) och unika miljö- (E) effekter. Om en av dessa parametrar är mindre viktig för den studerade egenskapen (här sjukersättning) kan denna parameter exkluderas från modellen. Detta är för att man strävar efter att hitta en modell som kan förklara data på ett lika bra sätt med så få parametrar som möjligt. Eftersom vi undersökte om genetisk känslighet för sjukersättning var olika bland kvinnor och män, anpassade vi modeller som hade olika parametrar för genetik, gemensam miljö och unik miljö bland kvinnor och män. Parameter r_g står för genetisk korrelation mellan kvinnor och män. Om r_g inte är lika med 0,5, tyder det på att olika uppsättningar gener är viktiga för kvinnor och män. Detta kan undersökas genom att jämföra en modell där r_g är fritt skattad med en modell där r_g är satt att vara 0,5.

Modellerna jämfördes med modell I med hjälp av så kallad log-likelihood ratio test och AIC kriteria. I log-likelihood ratio test undersöks om skillnader mellan log-likelihood för två modeller är signifikant (p -värde < 0,05). Skillnaden (Δ) mellan likelihooden följer χ^2 fördelning med så många frihetsgrader (fg) som differensen mellan de två modellerna i antal parametrar. Enligt AIC kriteria förklarar modellen med högst negativa AIC värde data bäst med minst antal parametrar.

*Parametrar är satta lika bland kvinnor och män (kvinnor = män).

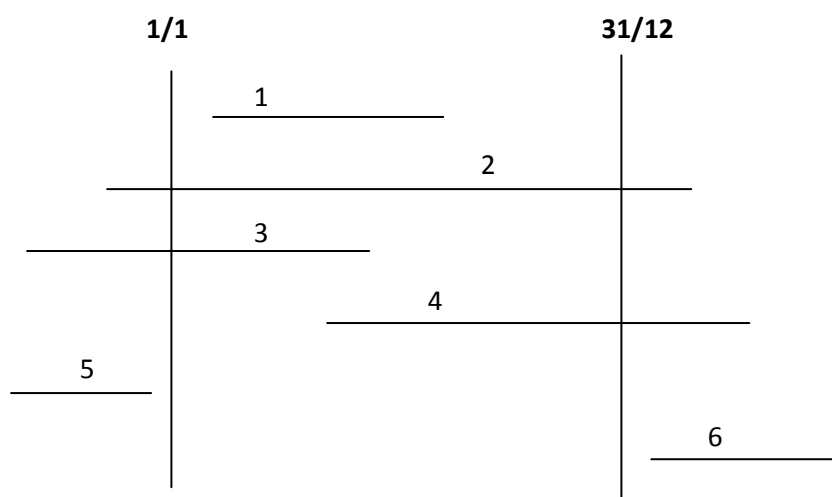
Modellen som förklarade data bäst är markerad i **fet stil**.

4.1.2 Bilaga 2

Data om sjukfrånvarofall

När sjukfrånvaro under ett visst år studeras behöver olika aspekter tas hänsyn till (2, 147, 264). Detta kan illustreras som i nedanstående figur 4.1, där olika typer av sjukskrivningsfall givits olika siffror. En central sådan aspekt är att flera sjukskrivningsfall som pågår under ett visst år, kan ha påbörjats under föregående år (sjukskrivningsfall 3 i 4.1), och ibland till och med flera år innan. En annan aspekt är att sjukfrånvarofall som påbörjats under ett år, kan fortsätta även nästkommande år (sjukskrivningsfall 4 i 4.1). Ytterligare en situation är att ett sjukskrivningsfall kan pågå under hela året, (sjukskrivningsfall 2 i 4.1). Det vanligast förekommande är att ett sjukskrivningsfall både påbörjas och avslutas under samma år (sjukskrivningsfall 1 i figur 4.1). En person kan ha flera sjukskrivningsfall av denna typ eller kombinationer av flera typer.

Varken sjukskrivningsfall nummer 5 eller 6 i figur 4.1, eller sjukskrivningsdagar under dessa sjukskrivningsfall, bör tas med när sjukfrånvaron för ett år skall redovisas. Däremot kan tidigare sjukfrånvaro, till exempel sjukskrivningsfall nummer 5, påverka risken för sjukfrånvaro under ett år. Dessa aspekter hanteras på olika sätt och ger olika mått på sjukfrånvaro (2, 156, 264-266).



Figur 4.1. Illustration av sjukfrånvarofall i relation till start- och slutdatum och årsgränser.

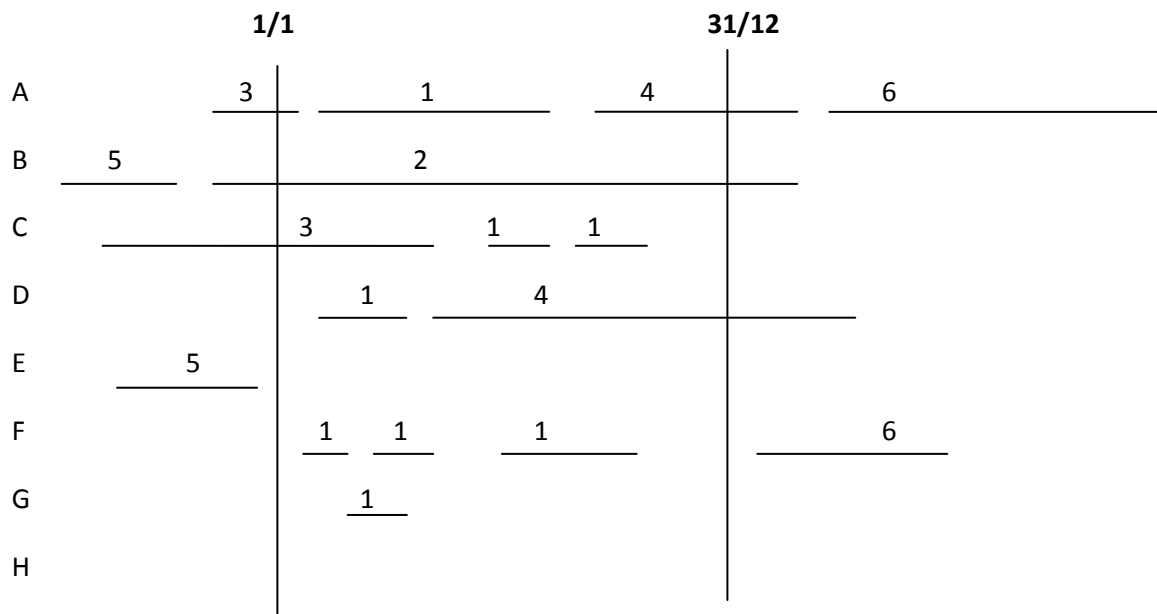
När det gäller prevalens av sjukfrånvaro, det vill säga den sjukfrånvaro som förekommer under en viss period, inkluderas till exempel antingen sjukskrivningsfallen 1, 2, 3, och 4 om utfallsmåttet är antal pågående sjukskrivningsfall. Om utfallsmåttet är antal sjukskrivningsdagar under till exempel ett år, inkluderas de dagar i sjukskrivningsfallen 1, 2, 3 och 4 som ersatts under just det året.

Om det istället är ett incidensmått som används, det vill säga nya sjukskrivningsfall, är fall 1 och 4 inkluderade. Om intresset är för personer med nya sjukskrivningsfall har personerna A, D, F och G sådana fall (figur 4.2). I studier av incidens av sjukfrånvaro exkluderas vanligen de som har pågående sjukskrivning när perioden börjar – inkluderade är vanligen då personerna D, E, F, G och H i en sådan studie medan personer A, B och C exkluderas.

I studier av sjuk- eller aktivitetsersättning kan sådan jämföras med fall 2 och fall 4 i figur 4.1.

Ibland används mått om antal sjukskrivningsfall av en viss längd, till exempel korta sjukskrivningsfall (146). Det är då centralt att vara tydlig med om det är nya fall under den studerade perioden som inkluderas, eller om alla fall som pågår under perioden ska vara med, samt att ha möjlighet att följa dem över årsgränserna.

Personer som har ett långt pågående sjukskrivningsfall är inte ”at risk” för annan sjukfrånvaro just den dagen, vilket också är centralt att beakta i analyser av sjukfrånvaro (18, 146).



Figur 4.2. Illustration av sjukfrånvarofall i relation till start- och slutdatum och årsgränser för olika personer; A till H, där personen H inte har något sjukskrivningsfall alls under denna period och till exempel person E har ett sjukskrivningsfall som påbörjas och avslutas under år 2006.

5 Referenser

1. Socialförsäkringen i siffror 2009. Försäkringskassan, editor. Stockholm 2010.
2. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) 167. 2003.
3. Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989. Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 1992.
4. Alexanderson K, Norlund A, (Eds). Sickness absence - causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32(Supplement 63):1-263.
5. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
6. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
7. Westerhäll L. Rättsliga aspekter på arbetsförmåga på grund av sjukdom. *Socialmed tidskrift*. 1997(8-9):356-65.
8. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
9. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
10. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
11. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet: SOU 2002:5. 2002.
12. Långtidssjukskrivna. Försäkringskassan: Socialförsäkringsrapport 2010:16. 2010.
13. Mastekaasa A. Risk factors for sick leave - a systematic review of general studies. Workshop abstract. *European Journal of Public Health*. 2004;14 (supplement)(4):37.
14. Försäkringskassan. Sjukfrånvaron i Sverige - på väg mot europeiska nivåer? Socialförsäkringsrapport 2009:10. Stockholm. 2009.
15. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
16. Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1999.
17. Lidwall U, Marklund S, Skogman Thoursie P. Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige. In: Gustafsson R, Lundberg I, editors. *Arbetsliv och hälsa*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2004.
18. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998;26(2):133-45.
19. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *British Journal of Psychiatry*. 1996;169(6):740-6.
20. Kemp A, Sundén A, Bakker Tauritz B, editors. *Sick societies? Trends in disability benefits in post-industrial welfare states*. Geneva: International Social Security Association; 2006.
21. Bloch FS, Prins R, editors. *Who returns to work and why? A six-country study on work incapacity and reintegration*. London: Transaction Publishers; 2001.
22. Riksförsäkringsverket. Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Stockholm: Riksförsäkringsverket. 2004.
23. Bäckman O, Bryngelson A, Lundberg O. Den ojämlika sjukfrånvaron. Klass- och könsskillnader i sjukfrånvaro på 1990- och 2000-talet. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2007 (2-3).

24. Hensing G, Andersson L, Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Medicine*. 2006;4(19).
25. Savikko A. *Working Women and Health*. Göteborg: Institute of Community Medicine, Göteborg University. 2004.
26. Hensing G, Alexanderson K. The relation of adult experience of domestic harassment, violence, and sexual abuse to health and sickness absence. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2000;7(1):1-18.
27. Alexanderson K. Hälsoindikatorer för kvinnor i arbetslivet. In: Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. *Yrkesverksamma kvinnors hälsa*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 1999.
28. Twaddle A, Nordenfelt L. *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health*. A dialogue between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt. Nordenfelt L, editor. Linköping: Linköpings universitet; 1993.
29. Medin J, Alexanderson K. *Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
30. Johannisson K. *Den mörka kontinenten*. Södertälje: Norstedts Förlag, AB; 1995.
31. Parsons T. *The Social System*. New York: Tavistock Publications Ltd.; 1952.
32. Nordenfelt L. *On the nature of health*. 2:nd ed. Dordrecht: Reidel Publishing Company; 1995.
33. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine*. 1996;42(4):617-24.
34. Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine*. 1999;48:89-98.
35. Gijbbers van Wijk CMT, Huisman H, Kolk AM. Gender differences in physical symptoms and illness behavior. A health diary study. *Social Science and Medicine*. 1999;49:1061-74.
36. Sen G, Östlin P, editors. *Gender Equity in Health. The Shifting Frontiers of Evidence and Action*. New York: Routledge; 2010.
37. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, editors. *Kön och ohälsa, en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsooperspektiv*. Lund: Studentlitteratur; 1996.
38. *Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen*; 2009.
39. Kilbom ÅM, Karen; Bildt Thorbjörnsson, Carina, editor. *Yrkesarbetande kvinnors hälsa*. Helsingborg: Arbetslivsinstitutet; 1999.
40. Schei B, Botten G, Sundby J, editors. *Kvinnomedicin*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB; 1994.
41. Danielsson M. Jämställdhet och mäns medellivslängd. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*. 2002(2-3):19-44.
42. Doyal L. *What makes women sick?* London: Macmillan Press LTD; 1995.
43. Östlin P, editor. *Gender Inequalities in Occupational Health*. Harvard: Harvard School of Public Health; 2000.
44. Messing K, Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Montreal, Stockholm: GWH, FCH, PHE, SDE. 2006.
45. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, editors. *Gender inequalities in health: a Swedish perspective*. Harvard University Press; 2002.
46. *Medicinsk genusforskning - teori och begreppsutveckling*. Stockholm: Vetenskaprådet. 2004.
47. Hall EM. *Women's work: an inquiry into the health effects of invisible and visible labour*. Stockholm: Karolinska Institutet; 1990.

48. Olsen KM, Mastekaasa A. Forskning om sykefravær - en oppsummering og vurdering av perioden 1980-96: Institutt for samfunnsforskning, Oslo. 1997.
49. Marklund S, editor. Arbetsliv och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
50. Alexanderson K, Hensing G, Leijon M, Akerlind I, Rydh H, Carstensen J, Bjurulf P. Pregnancy related sickness absence in a Swedish county, 1985-87. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1994;48(5):464-70.
51. Alexanderson K, Hensing G, Carstensen J, Bjurulf P. Pregnancy-related sickness absence among employed women in a Swedish county. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 1995;21(3):191-8.
52. Sydsjö A. *Sickness Absence During Pregnancy [Diss]*. Linköping: Linköpings universitet; 1998.
53. Sydsjö A, Sydsjö G, Kjessler B. Sick leave and social benefits during pregnancy- a Swedish-Norwegian comparison. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76:748-54.
54. Sydsjö A, Alexanderson K, Dastserri M, Sydsjö G. Gender differences in sick leave related to back pain diagnoses: influence of pregnancy. *Spine*. 2003 Feb 15;28(4):385-9.
55. Sydsjö A, Sydsjö G, Alexanderson K. Influence of pregnancy-related diagnoses on sick-leave data in women aged 16-44. *J Womens Health Gend Based Med*. 2001 Sep;10(7):707-14.
56. Kristensen P, Nordhagen R, Wergeland E, Bjerkedal T. Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Occup Environ Med*. 2008 Aug;65(8):560-6.
57. Angelov N, Johansson P, Lindahl E, Lindström E. *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. Uppsala. 2011.
58. Håkansson A, Thorén E, Cars H, Palmberg G-B, Larsson J. "Generell havandeskapspenning" Ändrad sjukskrivningspolicy minskar gravidas sjuktal. *Läkartidningen*. 1993;90(28-29):2543-6.
59. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga*: Socialdepartementet; 2009.
60. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme S. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1995;49(2):124-30.
61. Alexanderson K, Östlin P. Kvinnors och mäns arbete och hälsa. In: Marklund S, editor. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsmarknadsstyrelsen; 2000.
62. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, Nilsson G, et al. *Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm*. Stockholm: Karolinska Institutet. 2009.
63. Sechzer JA, Rabinowitz VC, Denmark FL, McGinn MF, Weeks BM, Wilkens CL. Sex and Gender Bias in Animal Research and in Clinical Studies of Cancer, Cardiovascular Disease, and Depression. *Annals New York Academy of Sciences*. 1994;736:21-48.
64. Alexanderson K. An assessment protocol for gender analysis of medical literature. *Women & Health*. 1999;29(2):81-98.
65. Forsberg P, Bjuremark A, editors. *Kvinnors Hälsa. En studie av utbildningsmaterial och undervisningsmetoder avseende grundutbildning för läkare vid Hälsouniversitetet i Linköping*. Linköping: University of Linköping, LEO; 1996.
66. Palca J. Women left out at NIH. *Science*. 1990;248:1601-2.
67. Alexanderson K. Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro? In: Rydh J, editor. *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag Betänkande av sjukförsäkringsutredningen*. Stockholm:

Socialdepartementet; 2000. p. 273-301.

http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou2000_121b.pdf.

68. Socialstyrelsen. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen. 2004.

69. Upmark M. Medikalisering - en orsak till ökad sjukfrånvaro? In: Upmark M, Edlund C, editors. Den komplexa sjukfrånvaron: Studentlitteratur; 2006.

70. Ford FM, Ford J, Dowrick C. Welfare to work: the role of general practice. *Br J Gen Pract*. 2000 Jun;50(455):497-500.

71. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2008 Mar;26(1):22-8.

72. Ont i ryggen, ont i nacken: en evidensbaserad kunskaps sammanställning. Stockholm: SBU; 2000.

73. Alexanderson K. Sjukfrånvaro. In: Hovellius B, Johansson EE, editors. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2005.

74. Bäckström I. Att skilja agnarna från vetet. Om arbetslivsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 1997.

75. Marklund S, editor. Risk- och friskfaktor- sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 1997.

76. En socialförsäkring för kvinnor och män. Stockholm: RFV; 1998.

77. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut. 2004.

78. Sennvall P-O. Kvinnor och män i rehabilitering. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2003;80(2):127-35.

79. Nordin Nobuoka E. Mångfald och rehabilitering? Stockholm: Försäkringskassan. 2001.

80. Riksförsäkringsverket. Socialförsäkringsboken 2004. Årets tema: Kvinnor, män och sjukfrånvaron. Stockholm: RFV; 2004.

81. Socialstyrelsen. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2004.

82. Jämt sjukskriven- ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen. Slutrapport från ett pilotprojekt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.

83. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.

84. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. Stockholm: Socialdepartementet. 1996.

85. Ydreborg B. To be in-between. The road to disability pension [Medical dissertation No. 929]. Linköping: Linköping University; 2005.

86. Osika I, Evengård B, Waernulf L, Nyberg F. Tvättsäcksprojektet- genuskillnader in på bara skinnet. Olika behandlingar för män och kvinnor vid vanliga hudsjukdomar. *Läkartidningen*. 2005;102(40):2846-51.

87. Hansen H-T. Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og naeringslivsforskning. 1999.

88. Lidwall U, Skogman-Thoursie P. Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna. In: Marklund S, editor. Arbete och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.

89. Alexanderson K. Sickness absence; a review of performed studies with focus on levels of exposures and theories utilized. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998;26(4):241-9.

90. Långtidsutredningen: Finansdepartementet. Statens Offentliga UtredningarSOU 2011:11. 2011.

91. Waddell G, Burton K. Is working good for your health and well-being? Cardiff & Huddersfield, : Cardiff University & University of Huddersfield; 2006.
92. Karasek, Therell. Healthy work. New York: Basic Books; 1990.
93. Hall EM. Women's work: an inquiry into the health effects of invisible and visible labor [Doctoral]. Stockholm: Karolinska Institutet; 1990.
94. Johansson G, Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science & Medicine*. 2003;58:1857-68.
95. Hultin H, Hallqvist J, Alexanderson K, Johansson G, Lindholm C, Lundberg I, Möller J. Low level of adjustment latitude - a risk factor for sickness absence. *European Journal of Public Health*. 2010;20(6):682-8.
96. Connell R. Om genus: Daidalos
Utgiven 2006 2006.
97. Anker R. Gender and jobs. Sex segregation of occupations in the world. Geneva: International Labour Organization; 1998.
98. Neramo M. Yrkessegrering efter kön - ett internationellt perspektiv. Stockholm. 1997.
99. Gonäs L, Lindgren G, Bildt C, editors. Könnssegrering i arbetslivet. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2001.
100. Gonäs L. På gränsen till genombrott? Om det könsuppdelade arbetslivet. Stockholm: Agora; 2005.
101. Alexanderson K. Den könssegrerade arbetsmarknaden - samband med hälsa och sjukdom. In: Gonäs L, Lindgren G, Bildt C, editors. Könnssegrering i arbetslivet. Solna: Arbetslivsinstitutet; 2001. p. 159-70.
102. Löfström Å. Den könsuppdelade arbetsmarknaden. Betänkande av utredningen om den könssegrerade svenska arbetsmarknaden 2004.
103. Alexanderson K. Den könssegrerade arbetsmarknaden - samband med sjukdom. Den könsuppdelade arbetsmarknaden: Statens offentliga utredningar, SOU; 2004. p. 421 - 32.
104. Kanter RM. Men and Women of the Corporation. New York: BasicBooks; 1977.
105. Marmot M. The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. New York: Time Books, Henry Holt and Company, LLC; 2004.
106. På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2008: SCB. 2007.
107. Krantz G, Östergren P-O. Double exposure. The combine impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *European Journal of Public Health*. 2001;11(4):413-8.
108. Krantz G, Berntsson L, Lundberg U. Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *European Journal of Public Health*. 2005;15(2):209-14.
109. Mellner C, Krantz G, Lundberg U. Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: the role of work characteristics and family responsibilities. *Int J Behav Med*. 2006;13(1):1-7.
110. Voss M, Josephson M, Stark S, Vaez M, Alexanderson K, Alfredsson L, Vingard E. The influence of household work and of having children on sickness absence among publicly employed women in Sweden. *Scand J Public Health*. 2008 Aug;36(6):564-72.
111. Lidwall U. Kvinnor, män och sjukfrånvaro. Kunskapsöversikt: RFV. 2000.
112. Lidwall U, Marklund S, Voss M. Work-family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study. *Eur J Public Health*. 2009 Dec 15.

113. Lidwall U. Long-Term Sickness Absence. Aspects of Society, Work, and Family. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
114. Östlund G, Cedersund E, Hensing G, Alexanderson K. Domestic strain: a hindrance in rehabilitation? *Scandinavian Journal Caring Science*. 2004;18:49-56.
115. Östlund G. Promoting return to work [PhD]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2002.
116. Fjell Y, Alexanderson K, Nordenmark M, Bildt C. Perceived physical strain in paid and unpaid work and the work-home interface: the associations with musculoskeletal pain and fatigue among public employees. *Women and Health*. 2008;47(1):21-44.
117. Fjell Y. Working conditions and musculoskeletal pain in public sector employees. A study of female dominated workplaces in health care and educational services. Stockholm: Karolinska Institutet; 2007.
118. Staland-Nyman C. Domestic workload and multiple roles - epidemiological findings on health and sickness absence in woman. Göteborg: Göteborgs Universitetet 2008.
119. Reinholdt S. En illustration av vägen till förtidspension [Licentiat]. Luleå: Luleå Tekniska universitetet; 2003.
120. Reinholdt S, Alexanderson K. A narrative insight into disability pensioners' work experiences in highly gender-segregated occupations. *Work*. 2009;34:251-61.
121. Hensing G, Alexanderson K. The association between sex segregation, working conditions, and sickness absence among employed women. *Occupational Environmental Medicine*. 2004;61(e7):1-6.
122. Leijon M, Hensing G, Alexanderson K. Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation. *Scand J Public Health*. 2004;32(2):94-101.
123. Östlin P, Alfredsson L, Hammar N, Reuterwall C. Myocardial infarction in male and female dominated occupations. *Occupational and Environmental Medicine*. 1998;55(9):642-4.
124. Staland-Nyman C, Alexanderson K, Hensing G. Associations between strain in domestic work and self-rated health: a study of employed women in Sweden. *Scand J Public Health*. 2008 Jan;36(1):21-7.
125. Aarts L, De Jong P, Prinz C. Literature Study on Determinants of Disability Benefit Reciprocity. The Hague, Haag: Aarts & De Jong B.V.; 2000.
126. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
127. Larsson T, Marklund S, Westerholm P. Den galopperande sjukfrånvaron. Stockholm: ALI. 2005.
128. Johnson B, Christiansson L, Dahlqvist T. Kampen om sjukfrånvaron. Tre organisationers konstruktioner av sjukfrånvaron som samhällsproblem (Arbetsliv i omvandling 2009:3). Växjö: Växjö universitet; 2009.
129. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. Mellan arbete och sjukdom: Försäkringskassan; 2011.
130. Klevmarken A. Vem arbetar efter 65 års ålder? En statistisk analys: Sociala rådetSOU 2010:85. 2010.
131. Folkhälsorapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
132. Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
133. Social rapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
134. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen. 2010.

135. Jansson C, Alexanderson K. Innebär sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser en ökad risk för sjuk- och aktivitetsersättning eller förtida död bland kvinnor och män? En rikstäckande prospektiv kohortstudie: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
136. Lindholm C, Mittendorfer Rutz E, Hinas E, Kjeldgård L, Alexanderson K. Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död bland kvinnor och män: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
137. Lindholm C, Ringbäck Weitof G, Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Alexanderson K. Sjukskrivning och risk för förtida död bland kvinnor och män: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
138. Mittendorfer Rutz E, Alexanderson K, Kjeldgård L, Wikman A. Sjukskrivning och risk för framtida sjuk- och aktivitetsersättning bland kvinnor och män: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
139. Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Wikman A, Alexanderson K. Sjukskrivning i psykiska diagnoser och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning eller för förtida död: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
140. Wikman A, Kjeldgård L, Marklund S, Alexanderson K. Korta sjukskrivningsfall och risk för framtida sjukskrivning respektive sjuk- eller aktivitetsersättning: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
141. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Kohortstudier av utveckling av försörjningssituationen över tid: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
142. Svedberg P, Narusyte J, Samuelsson Å, Ropponen A, Lichtenstein P, Alexanderson K. Betydelsen av arv och miljö för sjukskrivning och sjukersättning bland kvinnor och män i en kohort av svenska tvillingar: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
143. Marklund S, Alexanderson K, Gustafsson K, Lundh G, Linder J, Svedberg P. Långtidssjukskrivna kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinska utredningar: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
144. Wallgren A, Wallgren B. Registerstatistik - administrativa data för statistiska syften. R&D report, Statistiska centralbyrån. 2004;2.
145. Statistikdatabasen (<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/start.asp>). SCB; [17/3 2011].
146. Wikman A, al e. Kohortstudier av utveckling av försörjningssituation och betydelsen av korta sjukskrivningsfall för sjuk- och aktivitetsersättning: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
147. Kjeldgård L, Ekmer A, Vaez M, Alexanderson K. Sjukfrånvaro bland kvinnor och män inom Polismyndigheten i Stockholms län. Rapport 2010. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, försäkringsmedicin Sf. 2010.
148. Blank R. Analyzing the length of welfare spells. *Journal of Public Economics*. 1989;39:245-73.
149. Riksförsäkringsverket. Försäkringsmedicin. Stockholm: Försäkringskassaförbundet; 1994.
150. Gjesdal S. From long-term sickness absence to disability pension. *Studies on predictors of disability pension in Norway [PhD]*. Bergen: University of Bergen, Norway; 2003.
151. Gjesdal S, Bratberg E. Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: Results from a three-year, multiregister based and prospective study. *Scandinavian Journal Public Health*. 2003(31):246-54.
152. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *Eur J Public Health*. 2004 Dec;14(4):398-405.

153. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG, Vollset SE, Alexanderson K. Mortality after long-term sickness absence: prospective cohort study. *Eur J Public Health*. 2008 Mar 9.
154. Kivimäki M, Forma P, Wikstrom J, Halmeenmäki T, Pentti J, Elovainio M, Vahtera J. Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Aug;58(8):710-1.
155. Lund T, Kivimäki M, Labriola M, Villadsen E, Christensen KB. Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: the prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occup Environ Med*. 2008 Jan;65(1):28-31.
156. Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Risk factors for disability pension over eleven years in a cohort of young persons initially sick-listed with low back, neck, or shoulder diagnoses: an analysis using the Cox-regression model with time-dependent covariates. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:272-8.
157. Alexanderson K, Hensing G, Borg K. Sickness absence with low-back, shoulder, or neck diagnoses—a 12 year follow-up regarding sickness absence and disability pension. *Work*. 2005;25:115-24.
158. Kivimäki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, Westerlund H, Vahtera J, Alexanderson K. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Oct;61(10):915-20.
159. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KAE. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *Eur J Public Health*. 2008 June 1, 2008;18(3):224-31.
160. Bratberg E, Gjesdal S, Maeland J. Sickness absence with psychiatric diagnoses: individual and contextual predictors of permanent disability. *Health Place*. 2009;15(1):308-14.
161. Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Sund R, Virtanen P, Ferrie JE. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occup Environ Med*. 2006 March 1, 2006;63(3):212-7.
162. Enthoven P, Skargren E, Carstensen J, Oberg B. Predictive factors for 1-year and 5-year outcome for disability in a working population of patients with low back pain treated in primary care. *Pain*. 2006;122(1-2):137-44.
163. Gjesdal S, Bratberg E, Maeland JG. Gender differences in disability after sickness absence with musculoskeletal disorders: five-year prospective study of 37,942 women and 26,307 men. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011 Feb 7;12(1):37.
164. Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Risk factors for disability pension over 11 years in a cohort of young persons initially sick-listed with low back, neck, or shoulder diagnoses. *Scand J Public Health*. 2004 2004;32(4):272-8.
165. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Gunnar Maeland J. Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: A population-based cohort study. *Nord J Psychiatry*. 2008 Jul 14:1-8.
166. Lindholm C, et al. Sjukskrivning respektive sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
167. Ferrie JE, Vahtera J, Kivimäki M, Westerlund H, Melchior M, Alexanderson K, Head J, et al. Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009;63(50-55).
168. Head J, Ferrie JE, Alexanderson K, Westerlund H, Vahtera J, Kivimäki M. Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2008;337:a1469.

169. Gjesdal S, Bratberg E, Maeland JG. Musculoskeletal impairments in the Norwegian working population: the prognostic role of diagnoses and socioeconomic status: a prospective study of sickness absence and transition to disability pension. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Jun 15;34(14):1519-25.
170. Bergman S. Public health perspective--how to improve the musculoskeletal health of the population. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007;21(1):191-204.
171. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006 January 1, 2006;77-78(1):55-69.
172. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos. 2010.
173. Socialförsäkringen i siffror 2010. In: Försäkringskassan, editor. Stockholm: Försäkringskassan; 2010.
174. Karlsson N. Prospective Cohort Studies of Disability Pension and Mortality in a Swedish County. Stockholm: Karolinska Institutet; 2007.
175. Gjesdal S, Maeland JG, Svedberg P, Hagberg J, Alexanderson K. Role of diagnoses and socioeconomic status in mortality among disability pensioners in Norway--a population-based cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2008 Dec;34(6):479-82.
176. Gjesdal S, Maeland JG, Svedberg P, Hagberg J, Alexanderson K. Role of diagnoses and socioeconomic status in mortality among disability pensioners in Norway--a population-based cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2008 34(6):479-82.
177. Gjesdal S, Svedberg P, Hagberg J, Alexanderson K. Mortality among disability pensioners in Norway and Sweden 1990-96: Comparative prospective cohort study. *Scand J Public Health*. 2009 Mar;37(2):168-75.
178. Gjesdal S, Haug K, Ringdal P, Maeland J, Hagberg J, Røraas T, Vollset S, et al. Sickness absence with musculoskeletal or mental diagnoses, transition into disability pension and all cause mortality: A nine-year prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37:387-94.
179. Floderus F, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *J Rehabil Med*. 2005;37:291-9.
180. Bevan S, McGee R, Quadrello T. Fit For Work? Muskuloskeletal sjukdomar och den svenska arbetsmarknaden. London. 2009.
181. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet. 2005.
182. Järvisalo J, Anderson B, Boedeker W, Houtman I. Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Helsinki: Kela; 2005.
183. Black C. Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. London: The Stationary Office. 2008.
184. www.forskringskassan.se. 2011.
185. Gjesdal S, Ringdal P, Maeland J, Haug K, Vollset S, Alexanderson K. Mortality after long-term sickness absence: prospective cohort study. *European Journal of Public Health*. *European Journal of Public Health*. 2008;18(5):517-21.
186. Ferrie JE, Vahtera J, Kivimaki M, Westerlund H, Melchior M, Alexanderson K, Head J, et al. Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. *J Epidemiol Community Health*. 2008 Nov 27.

187. Melchior M, Chastang JF, Walburg V, Arseneault L, Galera C, Fombonne E. Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: a longitudinal study of the French GAZEL Youth cohort. *Depress Anxiety*. 2010 Dec;27(12):1095-103.
188. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Version for 2007 WHO; 2010 [cited 2010 Marsch 26]; <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
189. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74.
190. Allebeck P, Mastekaasa A. Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scand J Public Health Suppl*. 2004 2004(63):49-108.
191. Krokstad S, Magnus P, Skrandal A, Westin S. The importance of social characteristics of communities for the medically based disability pension. *Eur J Public Health*. 2004 Dec;14(4):406-12.
192. Bruusgaard D, Smeby L, Claussen B. Education and disability pension: A stronger association than previously found. *Scand J Public Health*. 2010;published online 13 August
193. Gjesdal S, Bratberg E. The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits. *European Journal of Public Health*. 2002(12):180-6.
194. Mastekaasa A. Parenthood, gender, and sickness absence. *Social Sciences and Medicine*. 2000;50:1827-42.
195. Akerlind I, Alexanderson K, Hensing G, Leijon M, Bjurulf P. Sex differences in sickness absence in relation to parental status. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1996;24(1):27-35.
196. Vistnes JP. Gender differences in days lost from work due to illness. *Industrial & Labor Relations Review*. 1997 Jan;50(2):304-23.
197. Rael EG, Stansfeld SA, Shipley M, Head J, Feeney A, Marmot M. Sickness absence in the Whitehall II study, London: the role of social support and material problems. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1995;49(5):474-81.
198. Eriksen W, Natvig B, Bruusgaard D. Marital disruption and long-term work disability. A four-year prospective study. *Scand J Public Health*. 1999;27:196-202.
199. Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Quebec. *American Journal of Industrial Medicine*. 2001 Feb;39(2):194-202.
200. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organisational downsizing on health of employees. *The Lancet*. 1997;350(9085):1124-28.
201. Eshøj P, Jepsen JR, Nielsen CV. Long-term sickness absence - risk indicators among occupationally active residents of a Danish county. *Occupational Medicine*. 2001;51(5):347-53.
202. Karpansalo M, Manninen P, Lakka TA, Kauhanen J, Rauramaa R, Salonen JT. Physical workload and risk of early retirement: prospective population-based study among middle-aged men. *J Occup Environ Med* 2002;44(10):930-9.
203. Mastekaasa A. Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Soc Sci Med*. 2005 May;60(10):2261-72.
204. Mastekaasa A, Dale-Olsen H. Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender differences in sickness absence. *Eur Sociol Rev*. 2000 Sep;16(3):267-86.
205. Harkonmaki K, Silventoinen K, Levalahti E, Pitkaniemi J, Huunan-Seppala A, Klaukka T, Koskenvuo M, et al. The genetic liability to disability retirement: a 30-year follow-up study of 24,000 Finnish twins. *PLoS ONE*. 2008;3(10):e3402.
206. Koivumaa-Honkanen H, Koskenvuo M, Honkanen RJ, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J. Life dissatisfaction and subsequent work disability in an 11-year follow-up. *Psychol Med*. 2004 Feb;34(2):221-8.

207. Rutter M. Genes and Behavior. Nature-Nurture Interplay explained. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
208. Plomin R, DeFries JC, McClearn GE, McGuffin P, editors. Behavioral Genetics. 4 ed. New York: Worth Publishers; 2000.
209. Kaprio J, Silventoinen K. Advanced methods in twin studies. Genetic Epidemiology, Methods in Molecular Biology. 2011;713:143-52.
210. Lichtenstein P, Holm NV, Verkasalo PK, Iliadou A, Kaprio J, Koskenvuo M, Pukkala E, et al. Environmental and Heritable Factors in the Causation of Cancer -- Analyses of Cohorts of Twins from Sweden, Denmark, and Finland. N Engl J Med. 2000 July 13, 2000;343(2):78-85.
211. Kaprio J. Twin studies in Finland 2006. Twin research and human genetics. 2006;9(6):772-7.
212. Pedersen NL, Lichtenstein P, Svedberg P. The Swedish twin registry in the third millennium. Twin Research. 2002;5(5):427-32.
213. Spector TD, Snieder H, MacGregor AJ, editors. Advances in Twin and Sib-pair Analysis. London: Oxford University Press; 2000.
214. Lichtenstein P, De faire U, Floderus B, Svartengren M, Svedberg P, Pedersen NL. The Swedish Twin Registry: a unique resource for clinical, epidemiological and genetic studies. Journal of Internal Medicine. 2002;252(3):184-205.
215. Lichtenstein P, Sullivan PF, Cnattingius S, Gatz M, Johansson S, Carlstöm E, Björk C, et al. The Swedish Twin Registry in the third millennium: an update. Twin research and human genetics. 2006;9(6):875-82.
216. Svensson T, Karlsson A, Alexanderson K, Nordqvist C. Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. J Occup Rehabil. 2003 Sep;13(3):183-95.
217. Klahged U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. Work. 2004;22:247-54.
218. Svensson T, Müssener U, Alexanderson K. Sickness absence, social relations and selfesteem - a qualitative study of the impact of relations with family, workmates, and friends among persons long-term sickness-absent. Work. 2010;37(2):187-97.
219. Müssener U, Svensson T, Söderberg E, Alexanderson K. Encouraging Encounters:Sick-Listed Persons' Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals. Social work in health care. 2008;46(2):71-87.
220. Östlund G, Alexanderson K, Cedersund E, Hensing G. "It was really nice to have someone": Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. Scandinavian Journal of Public Health. 2001;29(4):285-91.
221. Svensson T, Müssener U, Alexanderson K. Pride, empowerment and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. Work. 2006;27:57-65.
222. Müssener U. Encouraging encounters. Experiences of People on Sick Leave in Their Meetings with Professionals [PhD]. Linköping: Linköping University; 2007.
223. Scheff T. Shame and conformity: the deference-emotion system. American Sociological Review. 1988;53:395-406.
224. Scheff T. Emotions, the human bond and social reality. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
225. Ottosson J-O, editor. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med SBU; 1999.

226. Jangland E, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient Educ Couns*. 2009 May;75(2):199-204.
227. Wessel M, Helgesson G, al e. Experiencing bad treatment: Qualitative study of patient complaints concerning their reception by public healthcare in the County of Stockholm. *Journal of Clinical Ethics*. 2009;4:195-201.
228. Eriksson U, Svedlund M. Struggling for confirmation--patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of clinical nursing*. 2007 Mar;16(3):438-46.
229. Larun L, Malterud K. Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling* 2007;69:20-8.
230. Ahlgren C, Hammarström A. Back to work? Gendered experiences of rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2000;28(2):88-94.
231. Johansson E, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. "I've been crying my way" - qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Family Practice*. 1996;13(6):498-503.
232. Asbring P, Närvänen AL. Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qual Health Res*. 2002 Feb;12(2):148-60.
233. Soderberg S, Lundman B, Norberg A. Struggling for dignity: the meaning of women's experiences of living with fibromyalgia. *Qual Health Res*. 1999 Sep;9(5):575-87.
234. Werner A, Malterud K. "The pain isn't as disabling as it used to be": how can the patient experience empowerment instead of vulnerability in the consultation? *Scandinavian Journal of Public Health*. [original article]. 2005;33(Suppl. 66):41-6.
235. Malterud K. Women's undefined disorders - a challenge for clinical communication. *Family Practice*. 1992;9(3):299-303.
236. Undeland M, Malterud K. The fibromyalgia diagnosis hardly helpful for the patients? *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(4):250-5.
237. Blom A, Kinnander A. Könsperspektiv på stressrelaterad ohälsa hos kvinnor -kvinnors upplevelse av sin diagnos och orsakerna till sin ohälsa. Linköping: Institutionen för Beteendevetenskap, Psykologprogrammet, Linköpings universitet. 2004.
238. Chesler P. *Women and madness*. New York 1972.
239. Upmark M. Kvinnors ohälsa - är sjukskrivning medicinen? Sjukvårdens roll och möjligheter att förbättra sjukskrivningsprocessen. Stockholm: Stockholms läns landsting. 2008.
240. Östlund G, Borg K, Wide P, Hensing G, Alexanderson K. Clients' perceptions of contacts within health care and social insurance offices. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003 275-282;31(4):275-82.
241. Svensson T, Karlsson A, Nordqvist C, Alexanderson K. Shame-evoking encounters. Negative emotional aspects of sick-absentees' interactions with rehabilitation agents. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2003;13(3):183-95.
242. Eriksson U. Man är ju inte mer än människa - långtidssjukskrivning ur ett emotionellt, relationellt och strukturellt perspektiv. Karlstad: Karlstads Universitet; 2009.
243. Eriksson U, Starrin B, Janson S. Utbränd och emotionellt utmärglad. Lund: Studentlitteratur; 2003.
244. Alexanderson K. Enkät. Hur har du blivit bemött av personal inom Försäkringsassan och sjukvård?: Karolinska Institutet, Stockholm och Hälsouniversitetet, Linköping. 2004.
245. Müssener U, Festin K, Upmark M, Alexanderson K. Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave. *J Rehabil Med*. 2008(40):805-11.

246. Upmark M, Hagberg J, Alexanderson K. Negative encounters with social insurance officers - experiences of women and men on long-term sick leave. *International Journal of Social Welfare*. 2009;DOI: 10.1111/j.1468-2397.2009.00702.x.
247. Upmark M, deVries A, Alexanderson K. Experiences of negative encounters with healthcare professionals in Sweden: long-term sickness absent women and men of different ages Submitted. 2011.
248. Wessel M, Helgesson G, Olsson D, Juth N, Alexanderson K, Lynoe N. Why do patients feel wronged? Empirical study of sick-listed patients' experiences of healthcare encounters. submitted. 2011.
249. Lynöe N, Wessel M, Juth N, Alexanderson K, Helgesson G. Wrongful encounters and return to work - empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare Manuscript. 2011.
250. Sitzia J, Wood N. Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Soc Sci Med*. 1997;45(12):1829-43.
251. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. "I've been crying my way"--qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract*. 1996 Dec;13(6):498-503.
252. Alexanderson K, Wingren G, Rosdahl I. Gender analyses of medical textbooks on dermatology, epidemiology, occupational health and public health. *Education for Health*. 1998;11(2):151-63.
253. Alexanderson K. Sjukfrånvaro - skillnader mellan kvinnor och män. In: Järvholm B, Olofsson C, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 82-9.
254. Mastekaasa A, Olsen KM. Gender, absenteeism, and job characteristics: a fixed effects approach. *Work and Occupations*. 1998;25(2):195-228.
255. Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Explanations for gender differences in sickness absence: evidence from middle-aged municipal employees from Finland. *Occup Environ Med*. 2008 May;65(5):325-30.
256. Laaksonen M, Mastekaasa A, Martikainen P, Rahkonen O, Piha K, Lahelma E. Gender differences in sickness absence - the contribution of occupation and workplace. *Scand J Work Environ Health*. 2010 Mar 9;36(5):294-403.
257. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
258. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
259. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention. 2007.
260. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009: <http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verensko mmelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
261. Hammarström A. Genusperspektiv på medicinen - två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik. Stockholm: Höskoleverket. 2004.
262. Hammarström A, Hensing G. *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.

263. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
264. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. [Review] [50 refs]. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998;26(2):133-44.
265. Borg K, Söderberg E, Goine H, Marnetoft S, Alexanderson K. Comparison of seven measures of sickness absence based on data from three counties in Sweden. *Work*. 2006;26(4):421-8.
266. Voss M, Stark S, Alexanderson K, Vingård E. The effect of using different measures of sickness absence. *European Journal of Public Health*. 2004;14(4 Supplement):46.

www.ki.se/im



**Karolinska
Institutet**