

# 1-2

Delrapport 1 och 2 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro

**Kohortstudier av**  
**- utveckling av försörjningssituation**  
**- betydelsen av korta sjukskrivningsfall för sjuk- och aktivitet ersättning**

**Två rapporter**

Anders Wikman, med flera

## 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 delrapport redovisas resultat från två projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Andra delrapporter om kvinnors och mäns sjukfrånvaro, som publicerats under mars 2011, listas nedan. De kan laddas ner från vår hemsida: [www.ki.se/im](http://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](mailto: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 muskuloskeletal diagnos 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

# Kohortstudier av utveckling av personers försörjningssituation över tid

Anders Wikman  
Staffan Marklund  
Kristina Alexanderson

**Delrapport 1 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro**

Sektionen för försäkringsmedicin  
Karolinska Institutet

[www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)

## Innehåll

Sammanfattning.....	5
Inledning.....	6
Metod .....	7
Resultat.....	9
Utvecklingen under 1996–2008 för 1995 års kohort.....	9
Försörjningsutvecklingen 1996–2008 för 1995 års kohort för de som var 50 år .....	9
Utvecklingen 1996–2008 för de som var långtidssjukskrivna 1995 .....	12
Utvecklingen 1996–2008 för långtidssjukskrivna 50-åringar 1995 .....	12
Utvecklingen 1996–2008 för de långtidsarbetslösa 1995.....	15
Utvecklingen 1996–2008 för långtidsarbetslösa 50-åringar 1995.....	15
Utvecklingen 1996–2008 för de huvudsakligen sysselsatta 1995 .....	18
Utvecklingen 1996–2008 för de 50 åringar som 1995 var huvudsakligen sysselsatta .....	18
Utvecklingen 1996–2008 för de med sjuk- och aktivitetsersättning 1995 .....	18
Utvecklingen 1996–2008 för 50-åringar med sjuk- och aktivitetsersättning 1995 .....	18
Utvecklingen 1996–2008 för de ålderspensionerade 1995.....	23
Utvecklingen 1996–2008 för de långtidslediga med föräldrapenning 2005 .....	23
Utvecklingen 1996–2008 för de studerande 1995.....	26
Utvecklingen 1996–2008 för de med en oklar försörjningssituation 1995 .....	28
Utveckling 1996–2008 för de med socialbidrag 1995.....	28
Jämförelse mellan de tre kohorterna, med startår 1995, 2000 respektive 2005, vad avser deras utveckling över tid.....	31
Långtidssjukskrivna.....	31
Långtidsarbetslösa .....	32
Huvudsakligen sysselsatta .....	33
Sjuk- och aktivitetsersättning .....	33
Socialbidrag.....	33
Kohortjämförelser för kvinnor och män med tre års uppföljningstid.....	39
Diskussion .....	44
Metodologiska aspekter.....	46
Referenser.....	46

# Sammanfattning

I de flesta studier av sjukfrånvaro i Sverige redovisas tvärsnittsdata. 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. För att förstå utvecklingen över tid för personer som till exempel var sjukskrivna, arbetslösa eller haft sjukersättning ett år behövs även longitudinella kohortdata. Här presenteras sådana data för tre olika kohorter. I den första ingår samtliga 5,1 miljoner personer 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 år den 31/12 1999 (5,2 miljoner) respektive 31/12 2004 (5,3 miljoner). Vi har följt personernas försörjningssituation i dessa tre kohorter varje år fram till och med 2008.

Personerna har varje år klassificerats i olika grupper efter om de varit i huvudsak sysselsatta, långtidsarbetslösa, långtidslediga med föräldrapenning, studerande, haft socialbidrag (försörjningsstöd), varit långtidssjukskrivna, haft sjuk- och aktivitetsersättning (förtidspension), varit ålderspensionerade eller avlidit. Klassificeringen är gjord i ömsesidigt uteslutande kategorier, så att en individ endast kan ingå i en kategori ett enskilt år. Startpunkten har tagits i förhållandena för respektive kohorts startår, det vill säga 1995, 2000 och 2005. En fråga har varit om förändringarna ser olika ut för kvinnor och män, givet den försörjningssituation de befann sig i 1995 respektive 2000 och 2005. En annan fråga har varit om utvecklingen för kvinnor och män ser annorlunda ut för de olika kohorterna

Endast en mindre del av de kvinnor och män som 1995 var långtidssjukskrivna var senare yrkesarbetande, även när de följts under så lång tid som 13 år. En liknande bild framträdde för de kvinnor och män som i huvudsak var försörjda av socialbidrag 1995. Bland de långtidsarbetslösa 1995 kunde endast cirka hälften återfinnas som sysselsatta efter 13 år. För kvinnor var övergångar från yrkesarbete till sjuk- eller aktivitetsersättning mer vanliga, för män övergångar till långtidsarbetslöshet.

Huvuddelen av de som var sysselsatta 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 procent och bland män från knappt 70 procent till knappt 60 procent. Delvis berodde den minskade andelen som huvudsakligen försörjde sig genom förvärvsarbete på ålderspensionering. Större delen av de som var försörjda via olika bidrag eller ersättningar från socialförsäkring när kohorten startade var dock fortfarande inte i arbete vid uppföljningstidens slut. Endast 13 procent bland de långtidssjukskrivna männen och 11 procent bland kvinnorna hade efter 13 år kommit tillbaka till arbetslivet i den meningen att de hamnat i gruppen i huvudsak sysselsatta. Många hade sjukersättning, men många hade också fått ålderspension.

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.

En jämförelse mellan de tre kohorterna 1995, 2000 och 2005 visar intressanta skillnader både bland de grupper som i utgångsläget huvudsakligen försörjde sig via bidrag och bland de huvudsakligen sysselsatta. Andelen som blev sysselsatta bland de tidigare långtidssjukskrivna var betydligt högre i den tredje kohorten jämfört med den första och den andra, såväl bland kvinnor som bland män. 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 män. Denna skillnad mellan kvinnor och män var störst i kohorten med startår 2000, då arbetslösheten inom befolkningen gick ned särskilt mycket.

# Inledning

I officiell statistik redovisas i allmänhet endast tvärsnittsdata av förekomst av till exempel sjukfrånvaro, ofta summerade som årsdata. Sådana uppgifter kan ge en bild av hur förhållanden utvecklas över tid, i landet som helhet eller summerat över olika grupper av befolkningen. Sådana data ger till exempel en bild av om antalet arbetslösa ökar eller minskar, om de sjukskrivna blir fler eller färre, och så vidare. Under de senare decennierna har sådana tvärsnittsdata visat stora och ofta ökande könskillnader i sjukfrånvaro; sjukfrånvaron har varit högre bland kvinnor än bland män (1-7). Tvärsnittsdata ger dock ingen information om hur situationen utvecklas över tid för enskilda individer eller grupper av individer. Det framgår inte hur situationen ser ut några år senare för till exempel de kvinnor och män som var sjukskrivna 1995. Är det samma personer som var sjukskrivna tio år senare? Fanns många av dessa senare bland de arbetslösa eller bland de med sjukersättning?

Det finns överhuvudtaget mycket få studier av den framtida situationen för kvinnor och män som har uppburet olika typer av ersättningar från socialförsäkringen. Särskilt saknas sådana studier där en bred uppföljning gjorts av olika framtida försörjningsalternativ. Det finns dock några studier som visat att långa sjukskrivningsfall ofta leder till sjuk- eller aktivitetsersättning (8-17).

Andrén (11, 12) fann att sjukfrånvaro är en stark prediktor för att individen ska lämna arbetsmarknaden med sjuk- eller aktivitetsersättning, som arbetslös eller genom emigration. Trots att andra faktorer som ålder och utbildning också påverkar framtida försörjningssituation är sjukfrånvarolängd en avgörande faktor för risken för sjuk- och aktivitetsersättning. Wallman och medarbetare (13) fann att antalet dagar under ett år som individen varit sjukskriven var den faktor som hade den bästa prognostiska precisionen för framtida sjuk- och aktivitetsersättning jämfört med ålder, utbildningsnivå och region.

Ett antal studier har också visat att hushåll som under ett år haft socialbidrag (försörjningsstöd) har en mycket stor risk att under de kommande åren också ha fått socialbidrag, även om flertalet lämnar denna form av försörjningsform (18-23).

För att belysa frågor om försörjningssituationens långsiktiga varaktighet krävs möjlighet att följa situationen över tid för varje individ, det vill säga att det finns tillgång till kohortdata med information för varje individ över ett antal år. I denna studie har tre olika sådana kohorter följts över tid. I en första kohort ingick alla personer som år 1995 bodde i Sverige och var 20–64 år. I en andra kohort ingick de som var i samma åldrar och folkbokförda i Sverige år 2000. En tredje kort bestod av motsvarande grupp år 2005. Samtliga kohorter följdes fram till och med 2008. Det innebär att den första kohorten kunde följas prospektivt under 13 år, den andra under åtta år och den tredje under tre år.

Under varje enskilt kohorts startår; 1995 respektive 2000 och 2005, kunde individerna klassas med avseende på om det huvudsakligen försörjde sig genom förvärvsarbete eller hade ersättningar från socialförsäkringssystemet eller andra offentliga bidragssystem. *Syftet* var att beskriva den framtida försörjningssituationen för kvinnor och män med olika försörjningsförhållanden under år 1995 respektive år 2000 och år 2005. Ett särskilt fokus fanns på om kvinnors och mäns situation utvecklade sig olika, givet att de ursprungligen befunnit sig i samma kategori. För att förbättra jämförbarheten studeras också utvecklingen för en speciell åldersgrupp. Följande frågeställningar har varit centrala:

- Hur utvecklades försörjningssituationen under åren 1996–2008 för de kvinnor och män som 1995 var huvudsakligen förvärvsarbetande, långtidssjukskrivna, långtidsarbetslösa, hade socialbidrag, hade föräldrapenning eller hade sjuk/aktivitetsersättning?
- Hur såg utvecklingen ut för de som var 50 år 1995?
- Hur såg motsvarande utveckling ut för kohorterna med startår 2000 respektive 2005?

## Metod

Studiepopulationerna bestod av samtliga folkbokförda i Sverige 31/12 1994 som var i åldern 20–64 år (5 092 434 personer), samt motsvarande personer bosatta i Sverige 31/12 1999 (5 173 076 personer) respektive 31/12 2004 (5 277 713 personer). Personerna i var och en av de tre kohorterna har följts fram till och med 2008 med hjälp av registerdata från SCB:s LISA-register vad avser årliga uppgifter om sysselsättning, inkomster (såväl från förvärvsarbete som sociala inkomster) med mera. Uppgifterna har kompletterats med uppgifter från Socialstyrelsen om dödsfall.

Personerna i varje kohort har varje år klassificerats i olika grupper efter om de varit i huvudsak sysselsatta, långtidsarbetslösa, långtidsföräldralediga, studerande, socialbidragstagare, långtidssjuk-skrivna, haft sjuk- eller aktivitetsersättning, ålderspensionärer eller avlidit. Utgångspunkten för denna klassificering har varit SCB:s indelning av individer i sysselsatta respektive icke-sysselsatta. SCB gör sin sysselsättningsuppdelning utifrån den årliga förvärvsinkomstens storlek, så att varje individ ges ett särskilt minimibelopp (olika för olika individer), som måste överskridas för att individen ska betraktas som sysselsatt. SCB har valt dessa gränser så att god överensstämmelse skapas med annan statistik (24).

Sysselsättningsgrupperingen har kompletterades med information om hur stor del av året individen haft olika försörjning. Individer placerades i olika grupper om de under minst halva årets dagar varit arbetslösa, haft föräldrapenning, haft sjukpenning eller fått sjuk- eller aktivitetsersättning. Uppgift om antalet dagar finns inte för personer som haft socialbidrag, studiestöd eller ålderspension. De som saknade sysselsättning (enligt SCB:s definitioner) definierades därför som socialbidragstagare (haft försörjningsstöd) om mer än hälften av deras disponibla inkomst respektive år kommit från socialbidraget/försörjningsstödet. Personer definierades som studerande på motsvarande sätt om mer än halva inkomsten kommit från studiestöd. Som ålderspensionerade definieras de för vilka mer en halva inkomsten kommit från ålderspension.

Denna information ger möjlighet att för startåret var och en av de tre kohorterna gruppera individerna i en av följande 14 grupper:

- sysselsatt/huvudsakligen
- delvis sysselsatt/ålderspensionerad
- delvis sysselsatt/arbetslös minst halva året
- delvis sysselsatt/sjuk- eller aktivitetsersättning minst halva året
- delvis sysselsatt/sjukskriven minst halva året
- delvis sysselsatt/föräldraledig minst halva året
- ej sysselsatt/begränsat med noteringar
- ej sysselsatt/ålderspensionerad
- ej sysselsatt/arbetslös minst halva året
- ej sysselsatt/sjuk- eller aktivitetsersättning minst halva året
- ej sysselsatt/sjukskriven minst halva året.
- ej sysselsatt/föräldraledig minst halva året
- ej sysselsatt/socialbidrag minst halva inkomsten
- ej sysselsatt/studerande minst halva inkomsten.

Till dessa 14 grupper tillkommer en grupp av personer som avlidit eller emigrerat under uppföljningen.

För att underlätta redovisningen har de 14 grupperna reducerats till 9 genom att de två grupperna av ålderspensionerade (delvis sysselsatta plus icke sysselsatta) slagits samman till en grupp, de två

grupperna av arbetslösa (delvis sysselsatta plus icke sysselsatta) slagits samman till en grupp och så vidare (tabell 1). De sysselsatta blir härigenom delvis en restkategori. 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 (25).

I tabell 1 framgår antal och andel kvinnor och män i var och en av de nio olika grupperna. Där framgår även varje grupps benämning, som de har använts i de följande resultatredovisningarna. De individer som ett enskilt år inte räknas som sysselsatta i denna studie är de som trots att de haft förvärvsinkomster haft minst hälften av den disponibla inkomsten från socialförsäkringarna. Utöver de nämnda grupperna innehåller redovisningen en kategori som benämns ”Ej sysselsatt/begränsat med noteringar”. För denna grupp finns varken i LISA eller i övriga register någon närmare information för respektive år, utom att de inte var sysselsatta. Hur deras försörjningssituation såg ut är oklar.

**Tabell 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
	2 507 865	100	2 584 569	100

Fördelen med att gruppera människor på detta sätt i ömsesidigt uteslutande kategorier, är att det ger möjlighet att följa hur människors försörjningssituation förändras från år till år genom att de flyttar från en försörjningskategori till en annan.

Här presenteras först utvecklingen för kohorten med startår 1995. Separata redovisningar görs för kvinnor och män. Längre fram presenteras också resultat från analyser av de båda övriga kohorterna, med startår 2000 respektive 2005, så att jämförelser är möjliga att göra för eventuella skillnader i utvecklingstendenser mellan kohorterna.

Utvecklingen över tid kan förväntas vara starkt beroende av ålder. Som framgår av nedanstående finns de ålderspensionerade framförallt bland de som hunnit bli 65 år. Sjuk- och aktivitetsersättning är särskilt vanlig under åren före 65 års ålder. Föräldralediga finns främst bland de yngre och så vidare. Det innebär att det finns anledning att följa enskilda åldersgrupper var för sig. Att presentera data för samtliga åldersgrupper hade dock inneburit en alltför stor mängd figurer. För att på ett överskådligt sätt ändå ta hänsyn till åldersskillnader särredovisas här utvecklingen för en åldersgrupp, nämligen de som år 1995 var 50 år – en åldersgrupp som i kohorten från 1995 är möjlig att följa till de nästan nått åldern för ålderspension (65 år), även om några ålderspensionerats tidigare. Vid 65 års ålder kan man inte få sjuk- och aktivitetsersättning längre.



# Resultat

## Utvecklingen under 1996–2008 för 1995 års kohort

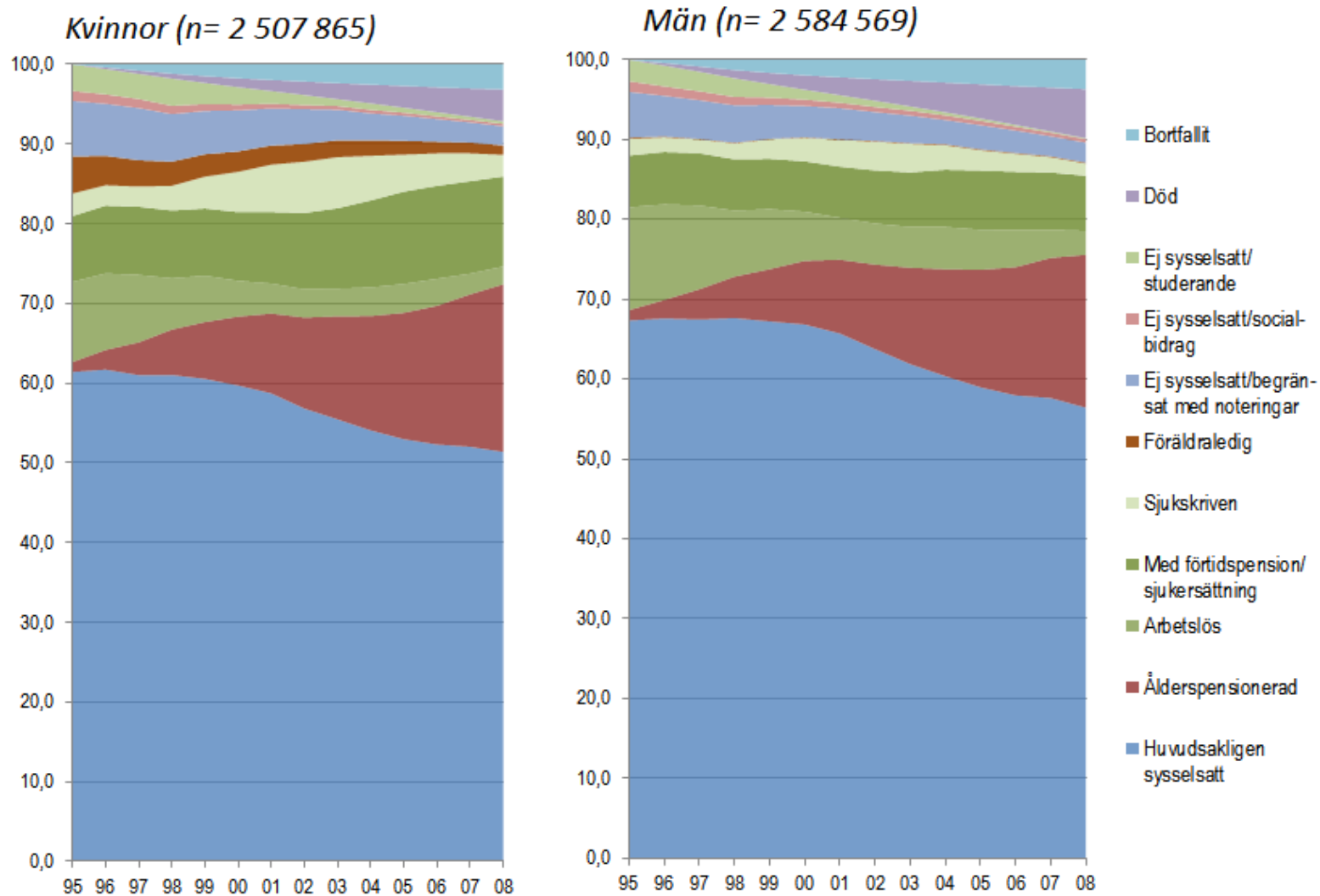
Som bakgrund redovisas här först data om förändring av försörjningssituationen för samtliga kvinnor och män i 1995 års kohort från och med 1995 till och med 2008 (figur 1). Alla i kohorten blev naturligtvis ett år äldre för varje år som gick. Det innebär att antalet ålderspensionerade ökade, liksom antalet som emigrerade och som avled. Andelen i huvudsak sysselsatta minskade också över tid. Efter 13 år var andelen sysselsatta ungefär 10 procentenheter lägre än 1995, bland både kvinnorna och männen. Andelen ålderspensionärer ökade med närmare 20 procentenheter. De nytillkomna ålderspensionerade kom inte bara från gruppen sysselsatta, utan också från gruppen långtidsarbetslösa, som minskade mycket över tid. En del av långtidsarbetslösheten låg sent i livet.

Andelen personer med sjuk- och aktivitetsersättning förändrades inte så mycket över tid bland männen, däremot ökade andelen bland kvinnorna. Andelen som initialt, det vill säga 1995, hade sjuk- och aktivitetsersättning låg ungefär på 8 procent bland kvinnorna och 6,5 procent bland männen. Denna andel ökade till cirka 11 procent för kvinnor, men var oförändrad för männen. Anledningen till den förhållandevis jämna årsprevalensen för män över tid (liksom delvis också för kvinnor) var att det fanns både ett inflöde och ett utflöde i denna grupp. Utflödet handlade i första hand om ålderspensionering av personer med sjuk- eller aktivitetsersättning.

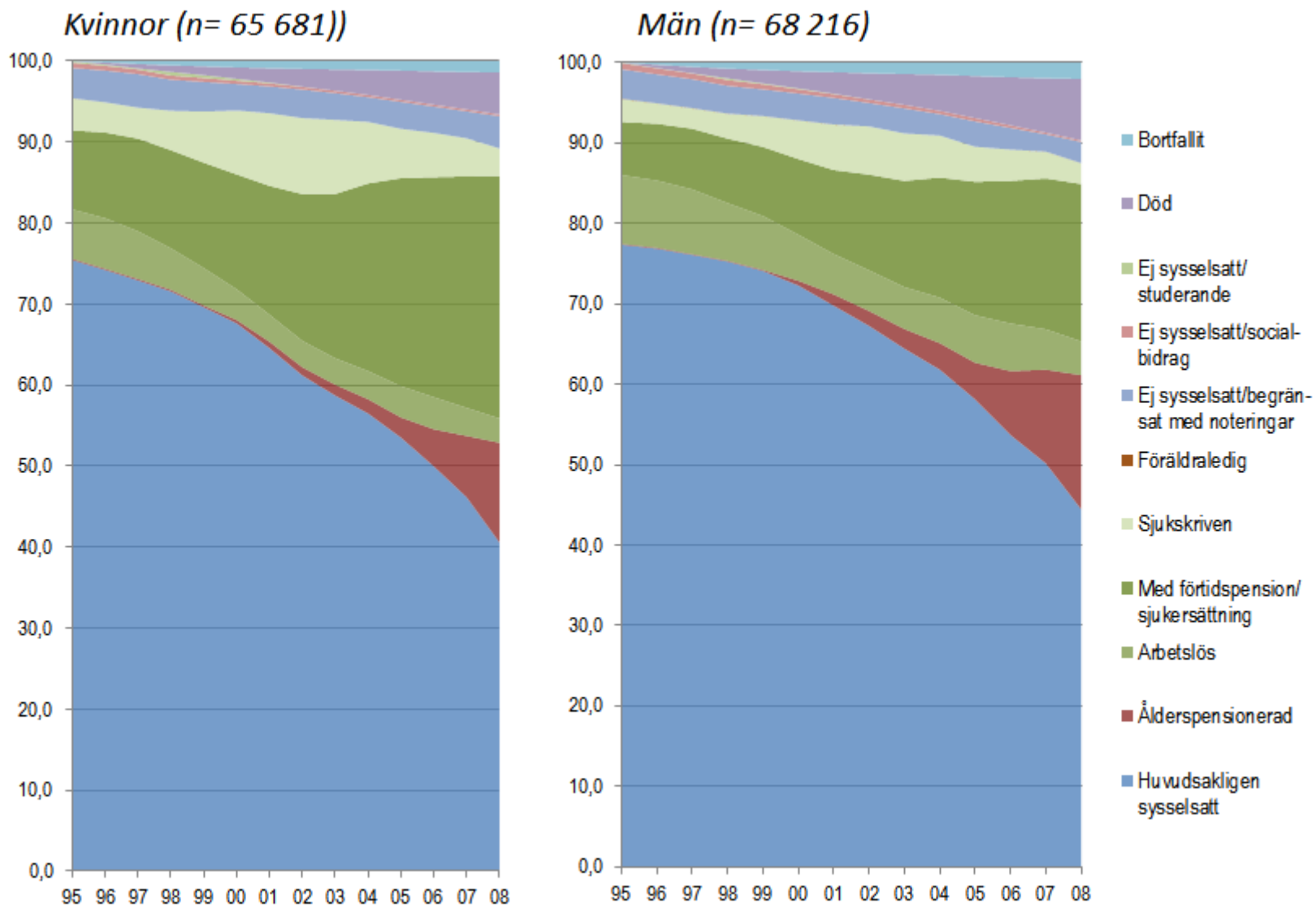
Dödsfall och arbetslöshet var vanligare bland männen än bland kvinnorna.

### *Försörjningsutvecklingen 1996–2008 för 1995 års kohort för de som var 50 år*

Utvecklingen av de kvinnor och män som 1995 var 50 år redovisas i figur 2. Av figuren framgår det hur andelen med sjuk- och aktivitetsersättning i denna grupp ökade med åldern. Denna utveckling var kraftigare bland kvinnor än bland män. Av figur 2 framgår också att sjuk- och aktivitetsersättning berörde en mycket stor andel av samtliga i gruppen, ungefär en fjärdedel; minst 30 procent av kvinnorna och 20 procent av männen efter 13 år.



**Figur 1.** Försörjningssituation 1995–2008 för de som 1995 var bosatta i Sverige och detta år var i 20–64 år. Procent.



**Figur 2.** Försörjningssituation 1995–2008 för de som 1995 var bosatta i Sverige och detta år var 50 år. Procent.

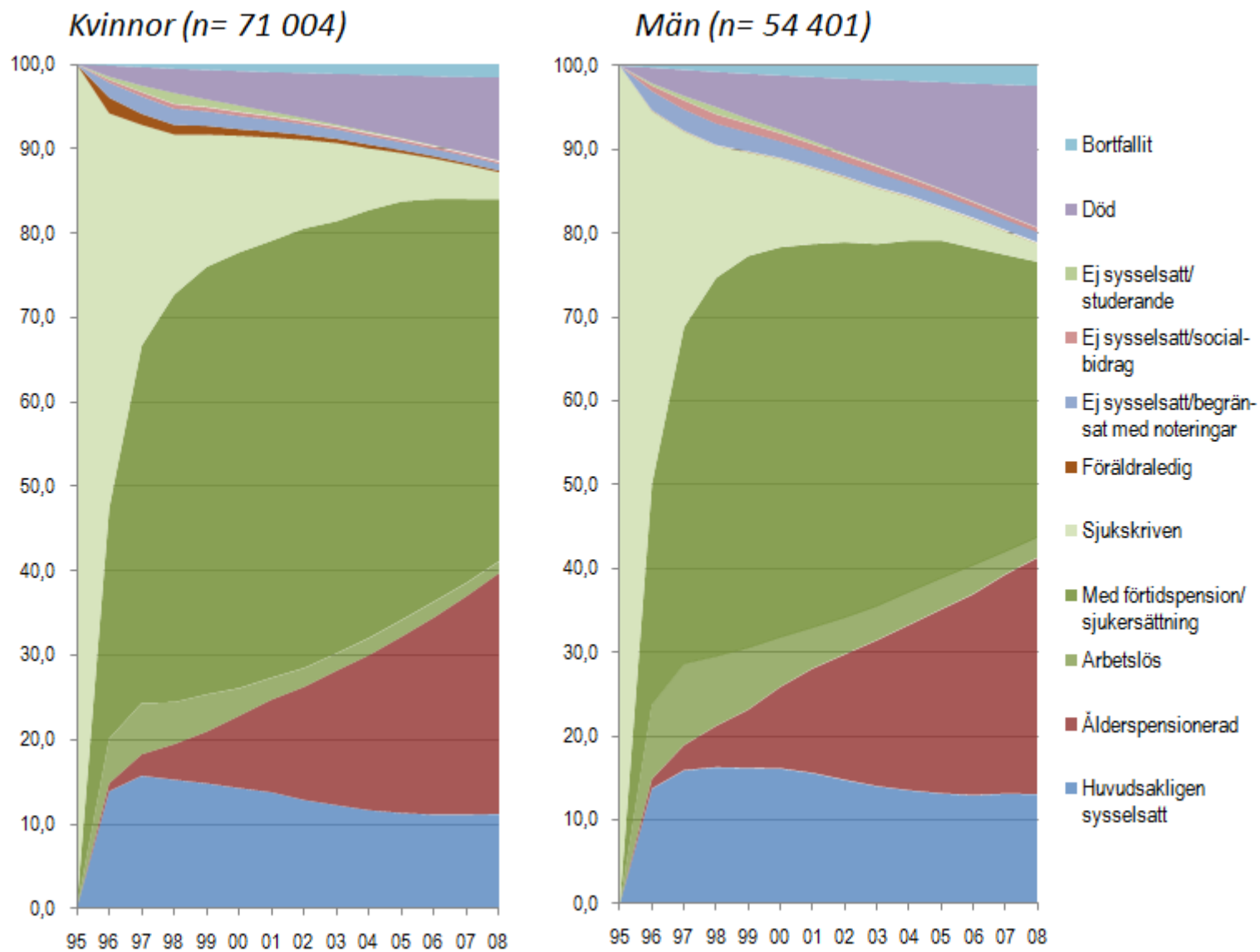
## **Utvecklingen 1996–2008 för de som var långtidssjukskrivna 1995**

Drygt 70 000 kvinnor och drygt 50 000 män var långtidssjukskrivna under 1995, det vill säga då sjukskrivna minst sex månader. Många av dessa var på väg att lämna arbetslivet med sjukpenning eller sjuk- och aktivitetsersättning (figur 3). Efter två år hade 42 procent av de långtidssjukskrivna kvinnorna sjuk- och aktivitetsersättning och 40 procent av männen. Efter fem år var det 52 procent av kvinnorna och 47 procent av männen. Många gick också över i ålderspension. För en mindre grupp vidtog långtidsarbetslöshet efter det att sjukskrivningen upphört. Denna grupp omfattade som mest 6 procent bland kvinnorna och 10 procent bland männen (två år efter startåret). Endast 13 procent bland de långtidssjukskrivna männen och 11 procent bland kvinnorna hade efter 13 år kommit tillbaka till arbetslivet i den meningen att de hamnat i gruppen i huvudsak sysselsatta. En relativt stor andel av de långtidssjukskrivna avled de följande 13 åren (10 procent bland kvinnorna och 17 bland männen). Andelen som fortsättningsvis var långtidssjukskrivna var högre bland kvinnorna än bland männen.

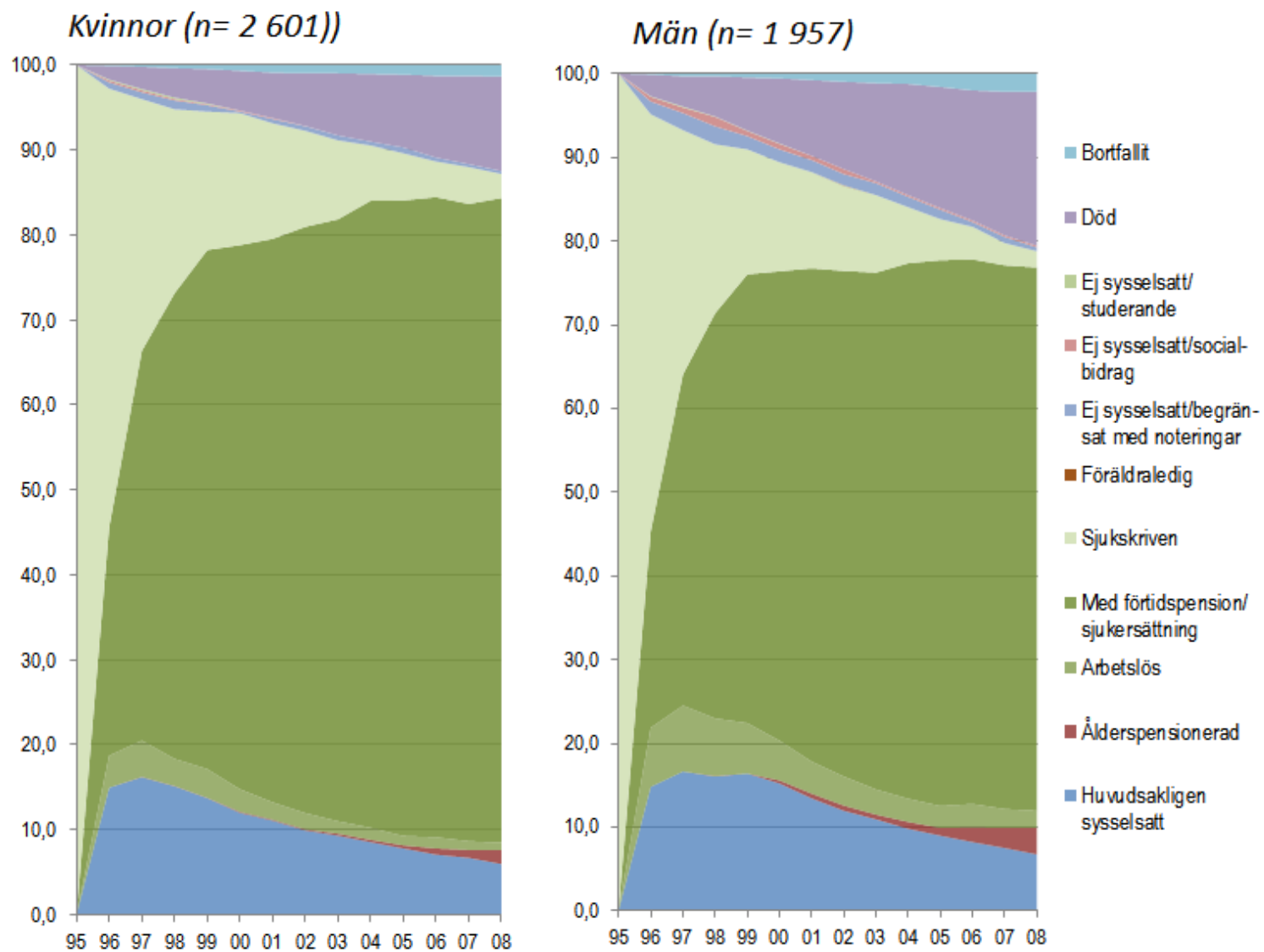
### *Utvecklingen 1996–2008 för långtidssjukskrivna 50-åringar 1995*

I figur 4 redovisas situationen för de kvinnor och män som var 50 år och långtidssjukskrivna. Bland de långtidssjukskrivna i gruppen på 50 år, fanns ungefär 2 500 kvinnor och 2 000 män. Antalet kan tyckas begränsat men en snarlik problematik förelåg rimligen för de som fanns i åldersgrupperna närmast över 50 år. (Räknar vi samman de långtidssjukskrivna från 50 till 55 får vi 26 875 personer. Räknar vi samman de långtidssjukskrivna från 50–60 år får vi 47 063 personer.)

Genom 50-årsavgränsningen har den tidigare så framträdande trenden mot allt fler ålderspensionerade mer eller mindre försvunnit. Istället framträder dödsfallens och sjukersättningarnas dominerande roll. Prognosen för ett framtida deltagande i arbetslivet var dyster för en person som var 50 år och långtidssjukskriven 1995. Efter fem år hade endast 12 procent av kvinnorna sin försörjning från arbete, motsvarande siffra för männen var 15 procent. Vid slutet av uppföljningen hade 76 procent av kvinnorna och 65 procent av männen sjuk- och aktivitetsersättning. Bland kvinnorna dog 11 procent, bland männen 18 procent under uppföljningstiden.



**Figur 3.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som 1995 var långtidssjukskrivna (minst sex månader) och 20–64 år. Procent.



**Figur 4.** Försörjningssituation 1995–2008 för de som 1995 var långtidssjukskrivna minst sex månader och 50 år. Procent.

## Utvecklingen 1996–2008 för de långtidsarbetslösa 1995

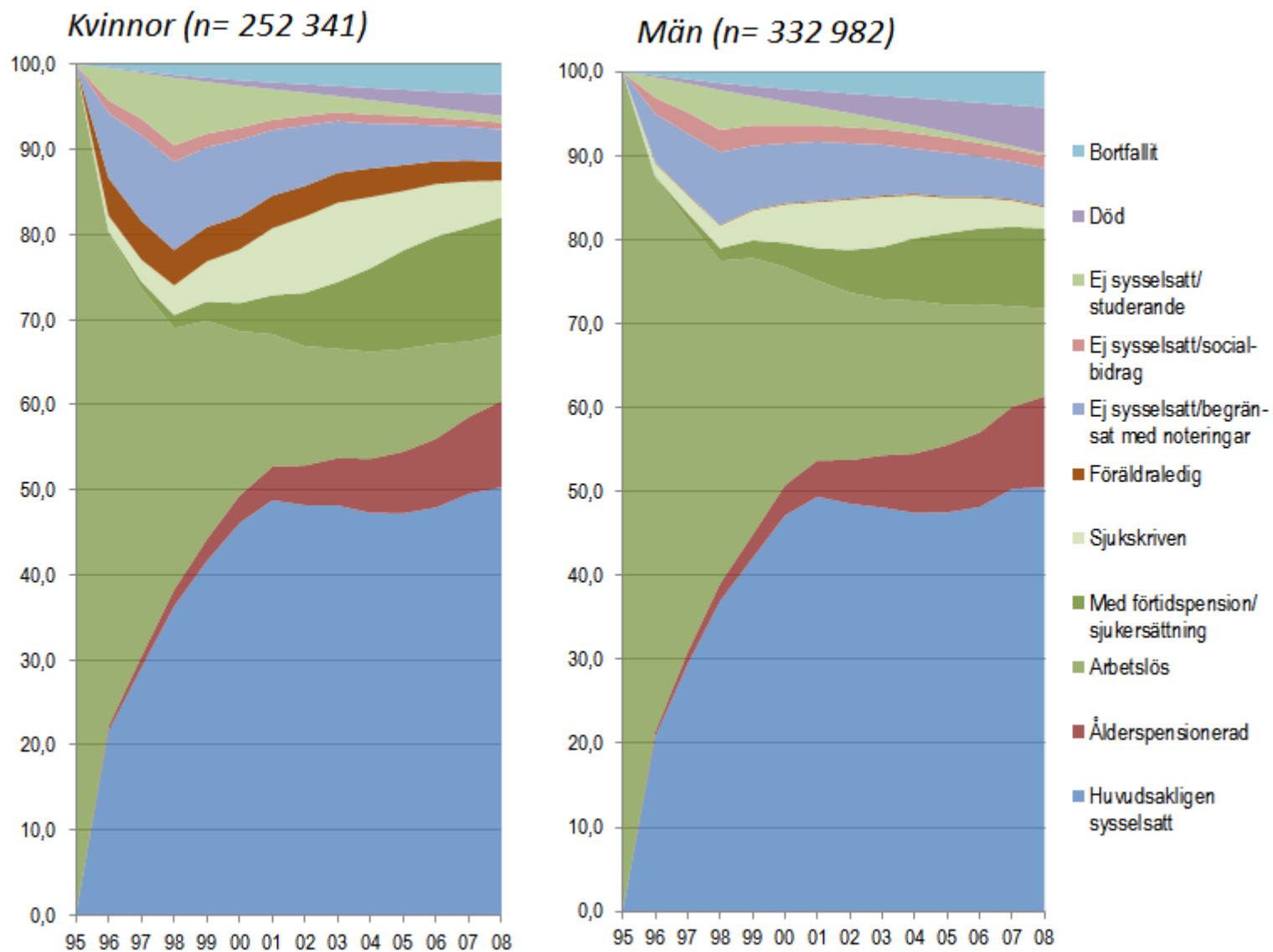
Över 250 000 kvinnor och 300 000 män var långtidsarbetslösa 1995, det vill säga arbetslösa under minst sex månader under året. De närmast följande åren blev efterhand allt fler av dessa sysselsatta (figur 5). Efter fem år var det ändå bara ungefär hälften av gruppen som huvudsakligen försörjde sig genom förvärvsarbete. Ytterligare längre fram förändrades sysselsättningsandelen inte särskilt mycket mer. Antalet långtidsarbetslösa minskade visserligen också fortsättningsvis, men antalet som beviljades sjuk- och aktivitetsersättning ökade istället liksom antalet ålderspensionerade. En mindre del blev också långtidssjukskrivna. En icke obetydlig andel hade vidare varken arbetsinkomst eller var försörjda via socialförsäkringarna. Deras försörjningssituation ter sig oklar utifrån tillgängliga uppgifter.

Bland de långtidsarbetslösa 1995 minskade arbetslösheten något mer bland kvinnorna än bland männen. Efter fem år var fortfarande 26 procent av männen långtidsarbetslösa. Motsvarande siffra för kvinnorna var 19 procent. Efter fem år var männens sysselsättningsgrad 47 procent mot kvinnornas 46. Kvinnorna hade samtidigt en något högre andel i studier (5 procent mot 3). Med tiden blev också andelen med sjuk- och aktivitetsersättning påtaglig och något högre för kvinnorna (14 procent för kvinnorna mot 10 för männen vid uppföljningsperiodens slut).

Långtidsarbetslösheten ersattes alltså bara delvis av en huvudsaklig försörjning via arbetsinkomst. Andra typer av försörjning var mer dominerande. Om förvärvsarbete samtidigt förekommit var det så begränsat att personerna inte kunnat klassificeras som i huvudsak sysselsatta.

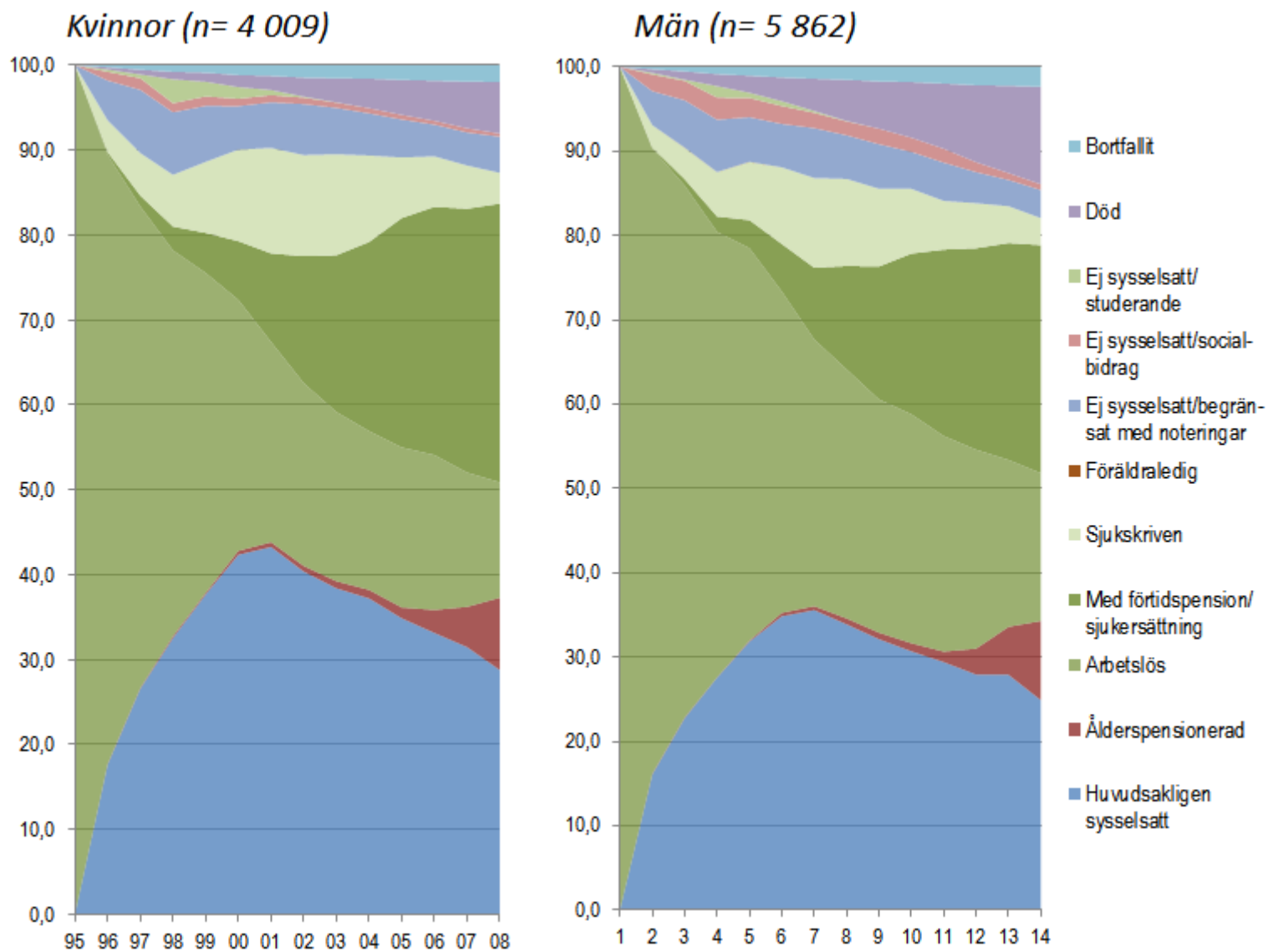
### *Utvecklingen 1996–2008 för långtidsarbetslösa 50-åringar 1995*

Också i detta sammanhang har åldern spelat en väsentlig roll för hur försörjningssituationen utvecklade sig över tid. Figur 6 beskriver utvecklingen för de kvinnor och män som var 50 år 1995. Det framgår att det bland de 50-åriga männen bara var en tredjedel som efter fem år huvudsakligen försörjde sig via yrkesarbete (35 procent). Motsvarande siffra för de 50-åriga kvinnorna var 42 procent i arbete, det vill säga något bättre. Bland kvinnorna fanns dock också fler långtidssjukskrivna och med tiden många med sjuk- och aktivitetsersättning (33 procent bland kvinnorna vid periodens slut mot 27 procent bland männen). Bland männen fanns också ett stort inslag av dödsfall under uppföljningstiden.



**Figur 5.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som under 1995 var långtidsarbetslösa minst sex månader och 20–64 år. Procent.





**Figur 6.** Försörjningssituation 1995–2008 för de som 1995 var långtidsarbetslösa minst sex månader och 50 år. Procent.

## Utvecklingen 1996–2008 för de huvudsakligen sysselsatta 1995

Sysselsättningssituationen i Sverige förbättrades efter hand under den studerade perioden. Ändå var det många av de som hade arbete under startåret 1995, som inte längre var sysselsatta vid uppföljningsperiodens slut, det vill säga år 2008 (figur 7). Andelen som inte försörjde sig via arbete var efter 13 år något större för kvinnorna än för männen (40 procent mot 34). Ålderspensionering var den huvudsakliga anledningen (bland cirka hälften) till att färre var i arbete. Ålderspensioneringen var något vanligare bland kvinnorna än bland männen. För kvinnorna var också andelen som under uppföljningstiden beviljades sjuk- och aktivitetsersättningen förhållandevis betydande och skillnaden mot männen var här särskilt framträdande (8 procent för kvinnorna mot 4 för männen). Bland männen blev en något större andel arbetslösa. Bland männen fanns också något fler dödsfall (4 procent mot 3 bland kvinnorna).

### *Utvecklingen 1996–2008 för de 50 åringar som 1995 var huvudsakligen sysselsatta*

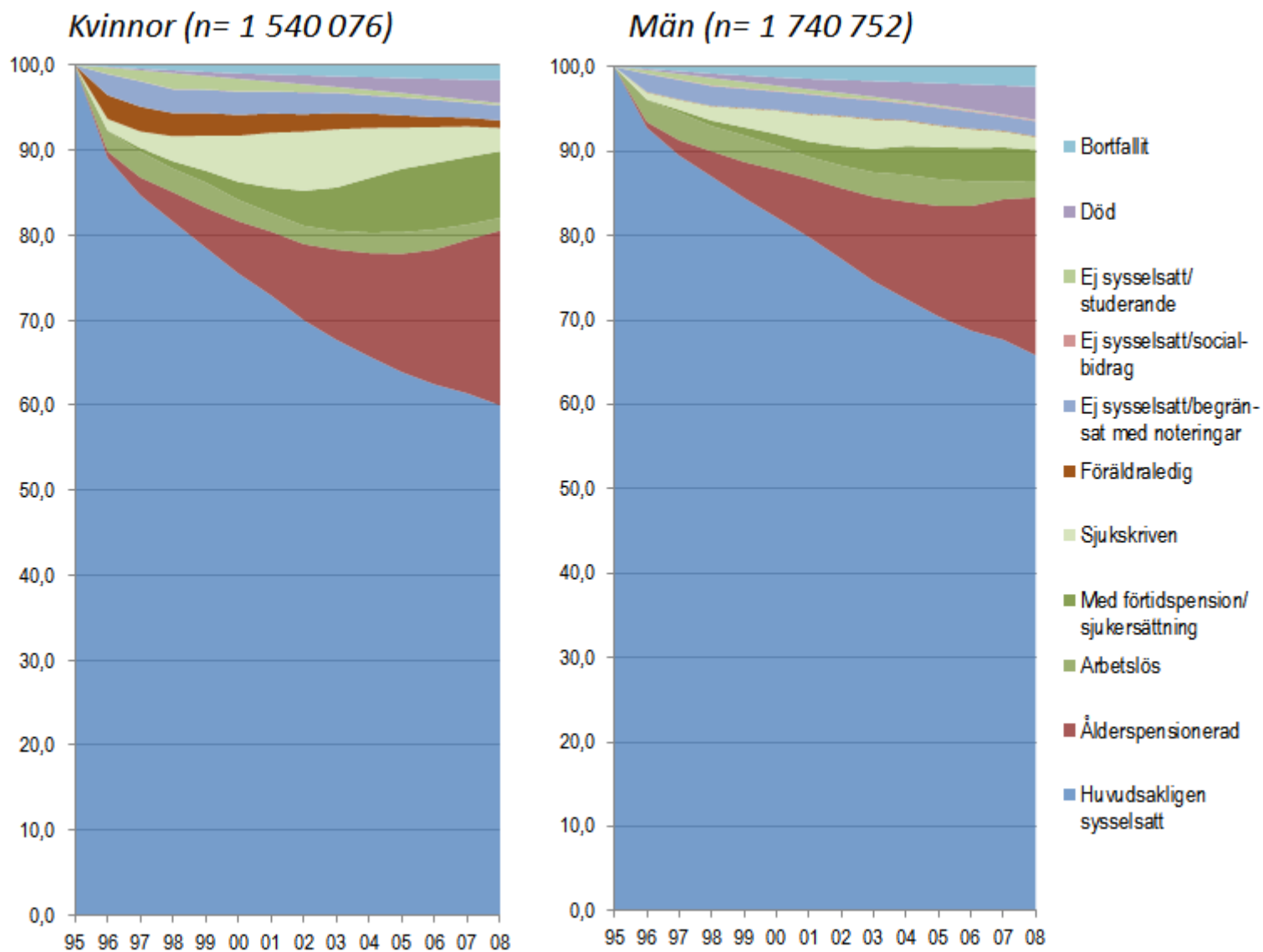
För 50-årsgruppen, det vill säga de som var 50 år och huvudsakligen sysselsatta 1995, var sysselsättningsförändringen ännu mer markerad, särskilt bland kvinnorna (figur 8). Minskningen i andel som räknas som sysselsatta var 50 procentenheter bland de 50-åriga kvinnorna och 47 bland de 50-åriga männen. Ålderspensioneringen var i denna grupp mer dominerande för männen än för kvinnorna (20 procent mot 15 efter 13 år). Kvinnorna beviljades däremot sjuk- och aktivitetsersättning i högre utsträckning (21 procent mot 13 för männen). Som väntat avled en något större andel av männen än av kvinnorna (5 procent mot 4 bland kvinnorna). Bland männen blev också en större andel långtidsarbetslösa.

## Utvecklingen 1996–2008 för de med sjuk- och aktivitetsersättning 1995

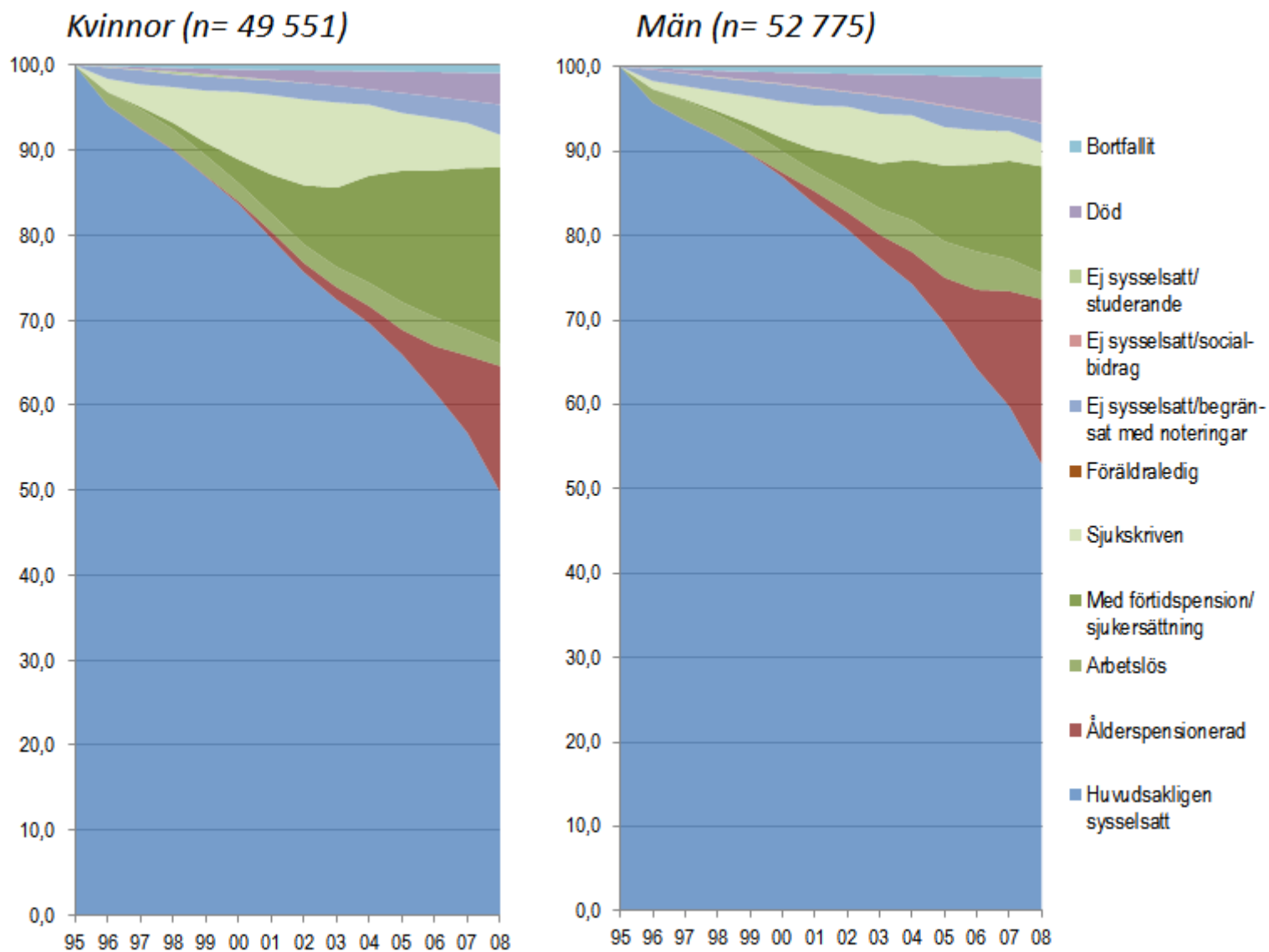
I huvudsak tre framtida alternativ tycks finnas för de personer som hade sjuk- och aktivitetsersättning under minst sex månader år 1995 (figur 9). Vissa personer fortsatte att ha sjuk- eller aktivitetsersättning också framledes. Andra ålderspensionerades. Det var även många som dog. Ålderspension bland de tidigare med sjuk- och aktivitetsersättning var vanligare bland kvinnorna (49 procent mot 42 för männen). Dödsfall var vanligare bland männen (27 procent mot 16 för kvinnorna). En betydligt högre andel av männen med sjuk- och aktivitetsersättning dog inom uppföljningstiden på 13 år. För tolkning av dessa resultat behövs fördjupande analyser.

### *Utvecklingen 1996–2008 för 50-åringar med sjuk- och aktivitetsersättning 1995*

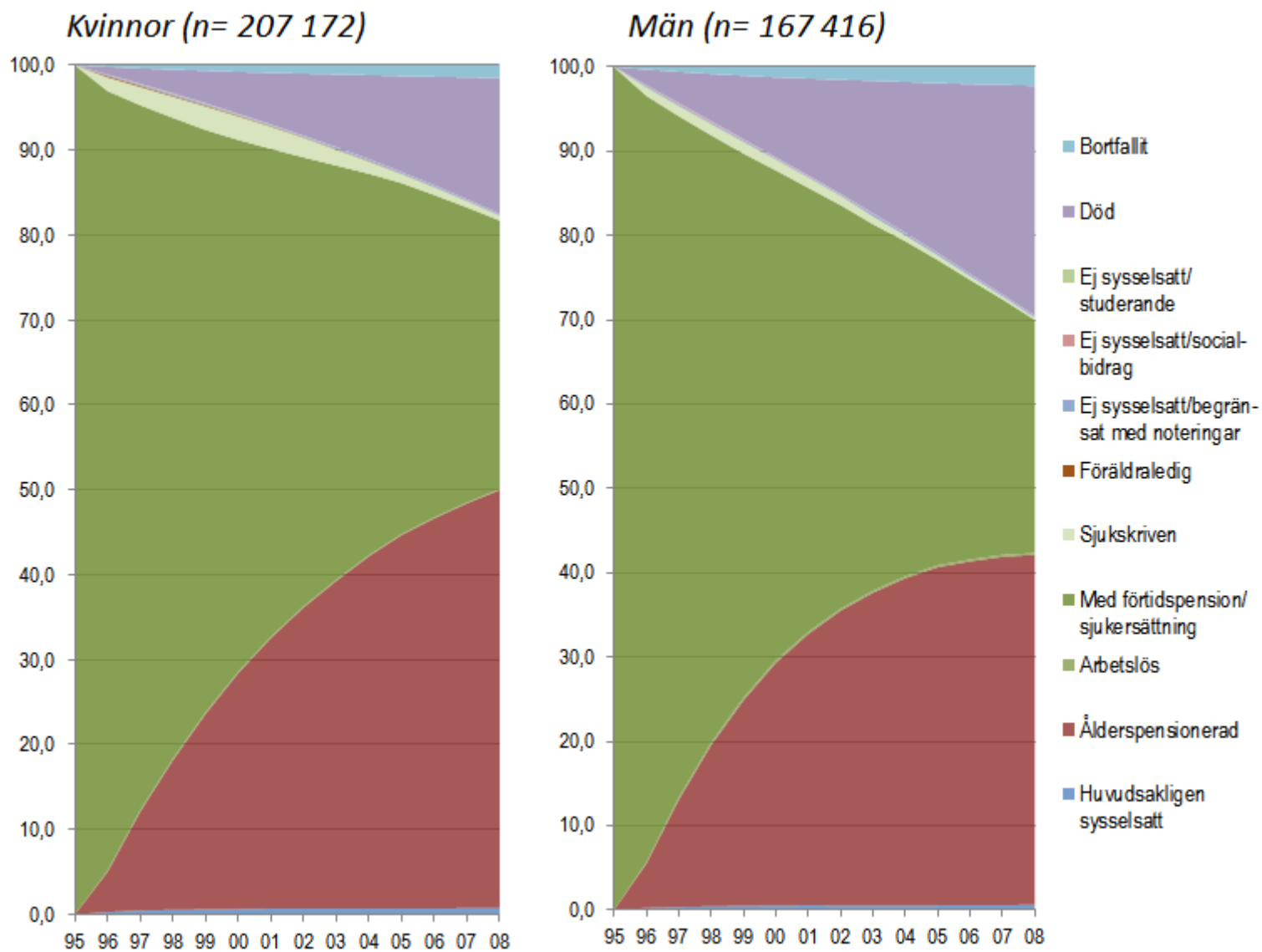
Ålder spelar stor roll för hur försörjningssituationen utvecklats sig för personer med sjuk- och aktivitetsersättning varför utvecklingen särredovisas för 50-åringar i figur 10. De allra flesta 50-åringar som 1995 hade sjuk- och aktivitetsersättning under minst sex månader fortsatte att ha det under de följande 13 åren. Det var även många som avled, framför allt bland männen (24 procent mot 13 bland kvinnorna). Vissa, framförallt bland kvinnorna, hade under en period en högst oklar försörjningssituation. Denna grupp av kvinnor ökade först, men minskade sedan åter igen. Dessa personer var inte sysselsatta och fick inte heller någon form av ekonomiskt stöd av det slag som kunnat identifieras här.



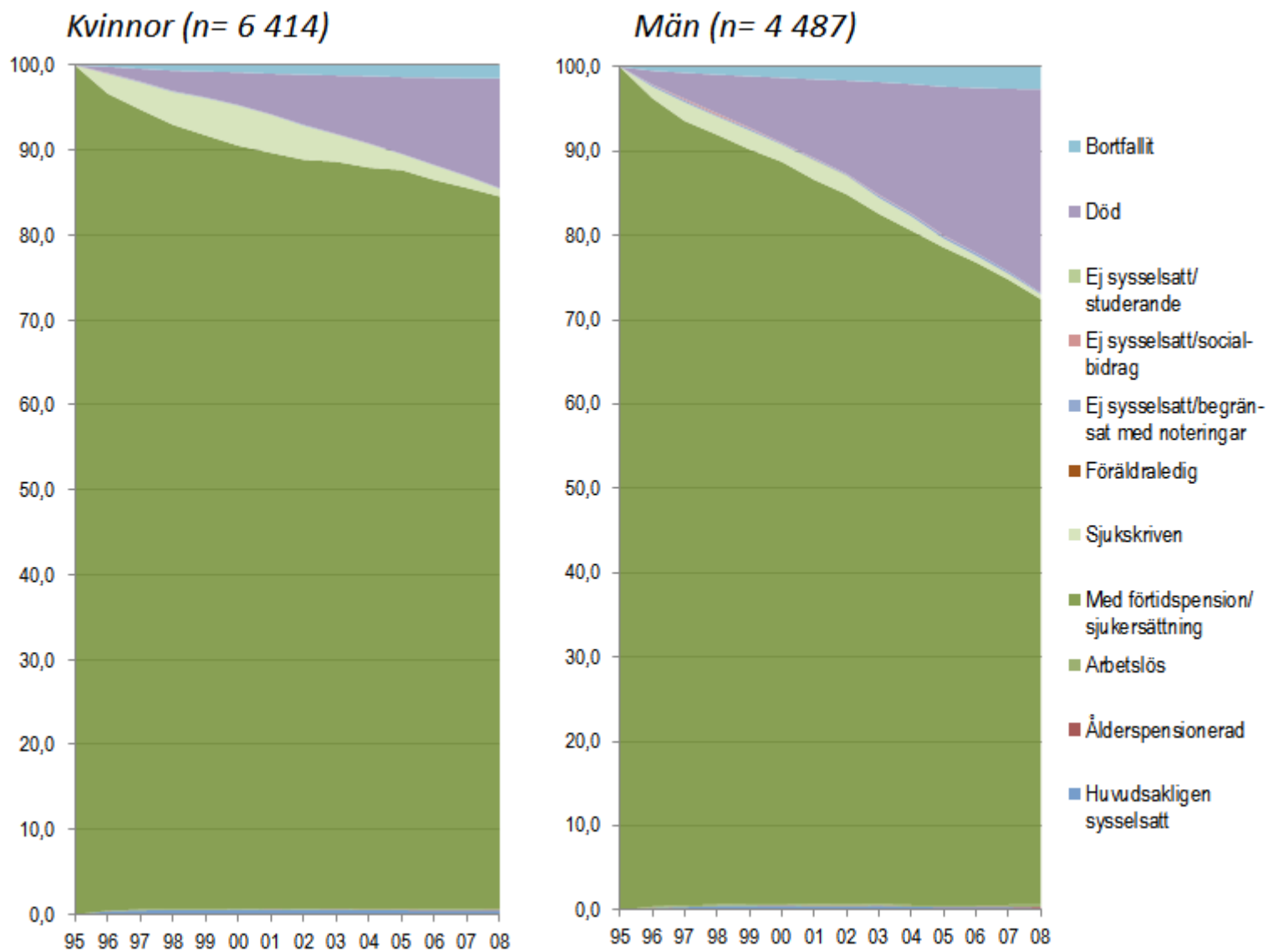
**Figur 7.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som var huvudsakligen sysselsatta under 1995 och 20–64 år. Procent.



**Figur 8.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som 1995 var huvudsakligen sysselsatta och 50 år. Procent



**Figur 9.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som 1995 hade sjuk- och aktivitetsersättning minst sex månader och 20–64 år. Procent.



**Figur 10.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som var 50 år 1995 och hade sjuk- och aktivitetsersättning minst sex månader. Procent.

### **Utvecklingen 1996–2008 för de ålderspensionerade 1995**

De som en gång fått ålderspension, fortsatte i de allra flesta fall att ha denna som sin huvudsakliga försörjningskälla under de kommande åren (figur 11). Några få procent återgick dock till att huvudsakligen yrkesarbeta och några var långtidssjukskrivna. Dödsfall förekom dock och var särskilt vanliga bland männen (19 procent mot 12 för kvinnorna).

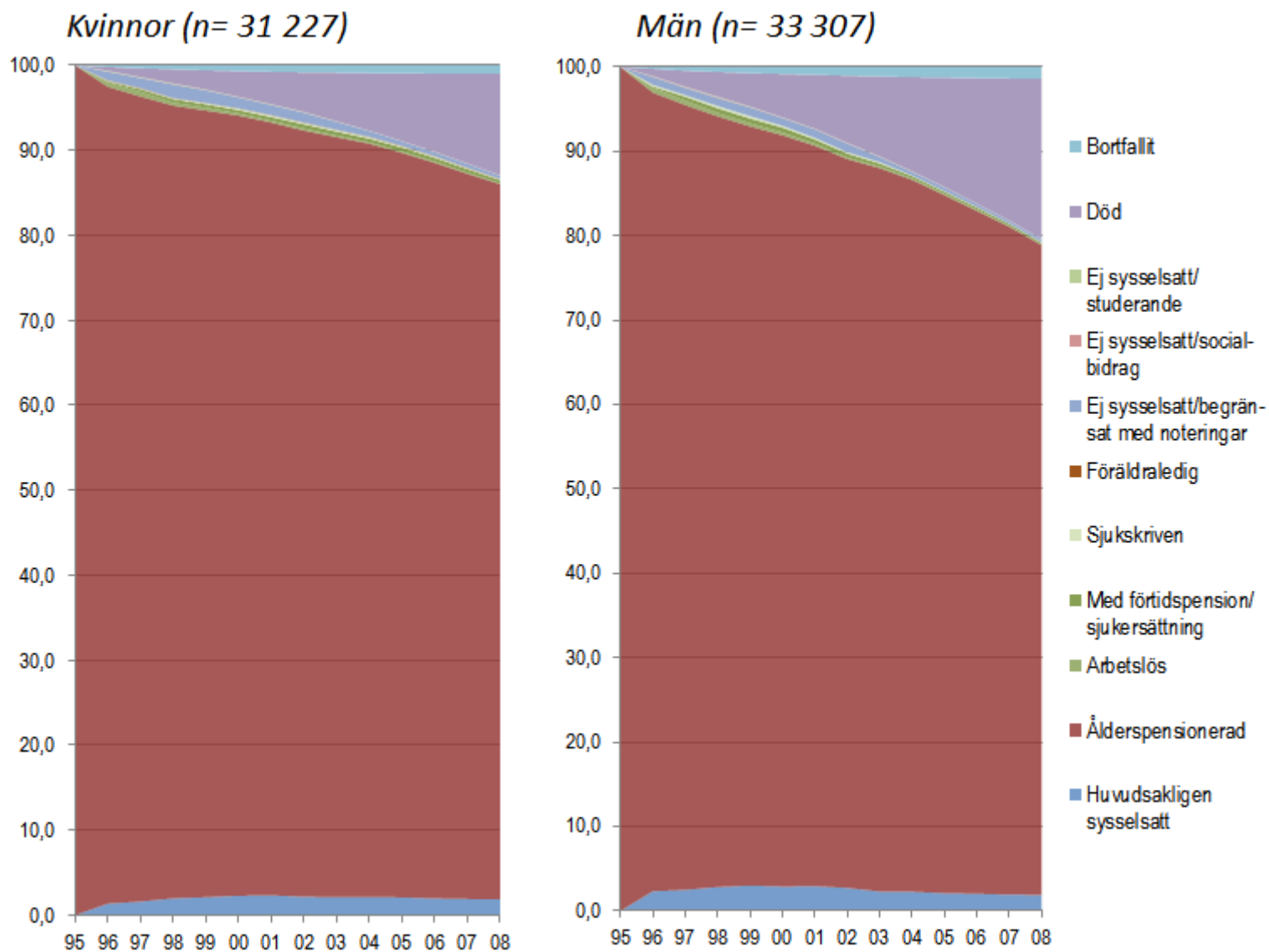
### **Utvecklingen 1996–2008 för de långtidslediga med föräldrapenning 2005**

De allra flesta som hade föräldrapenning under mer än sex månader år 1995 var kvinnor (116 811 kvinnor jämfört med 3 758 män). Många återvände inte till arbete efter föräldraledigheten (figur 12). År 1996, då den mesta av föräldrapenningen upphört, klassades endast 49 procent av dessa kvinnor som sysselsatta och 46 procent av männen. 20 procent av kvinnorna och 14 procent av männen hade 1996, fortfarande (eller återigen) föräldrapenning.

En stor andel, speciellt bland männen, var långtidsarbetslösa året efter (22 procent mot 15 bland kvinnorna under 1996). En högre andel bland männen, hade socialbidrag (3 procent bland kvinnorna och 8 procent bland männen). Flera hade också en oklar försörjningssituation utan vare sig arbete eller sociala inkomster (10 procent bland kvinnorna och 6 bland männen).

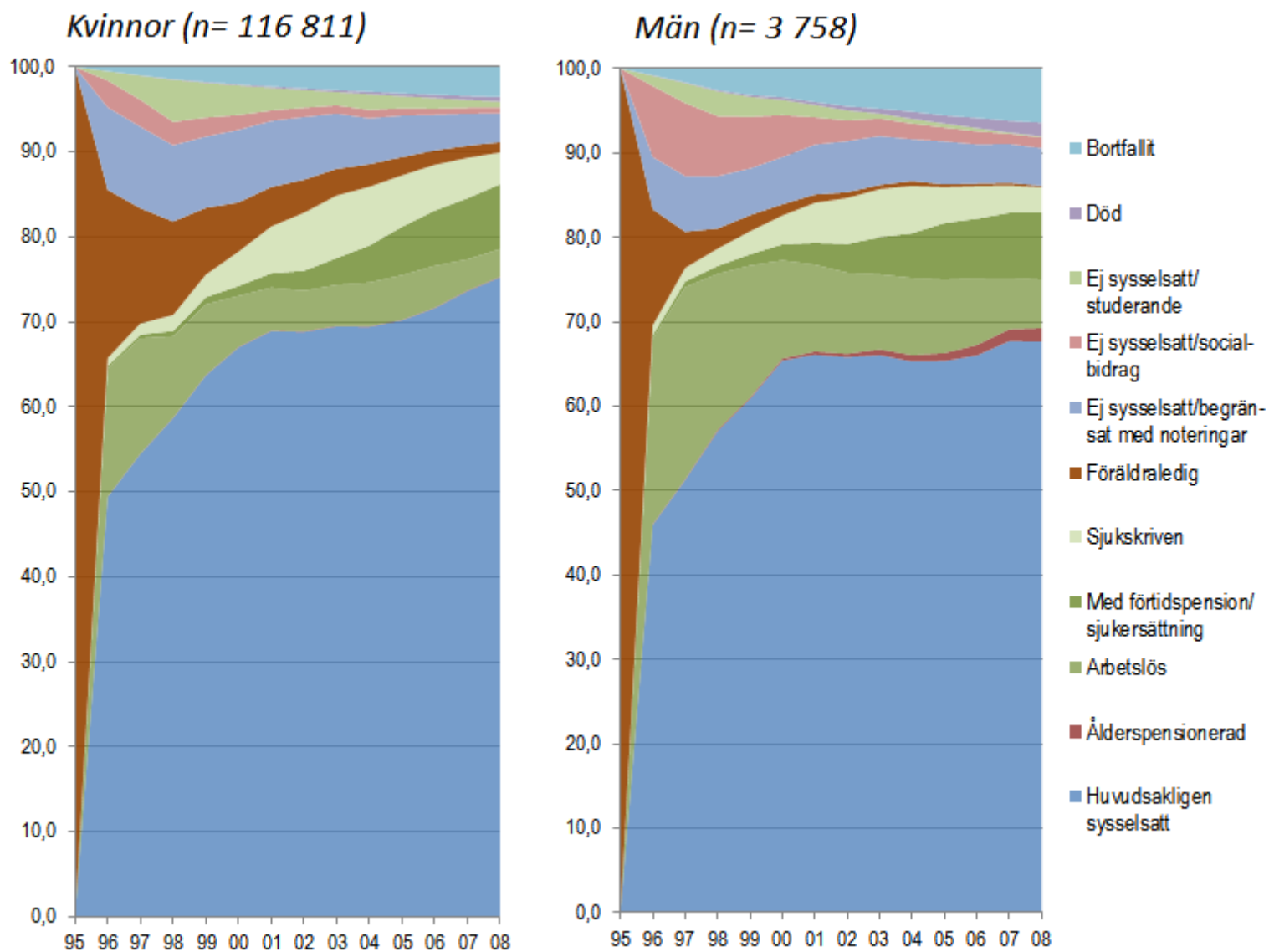
En större andel av männen som var föräldralediga 1995 var också under de kommande åren långtidsarbetslösa. Långtidssjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning var däremot ungefär lika vanligt bland kvinnor som män, efter 13 år gällde det 11 procent inom båda grupperna.

Sysselsättningsituationen utvecklades sig klart sämre för männen än för kvinnorna bland de föräldralediga 1995. En möjlig tolkning kan vara att några av dessa män redan från början haft en svag sysselsättningsituation, vilket både kan ha bidragit till föräldraledigheten och till den efterföljande situationen.



**Figur 11.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som 1995 var 20–64 år och som huvudsakligen var ålderspensionerade. Procent.



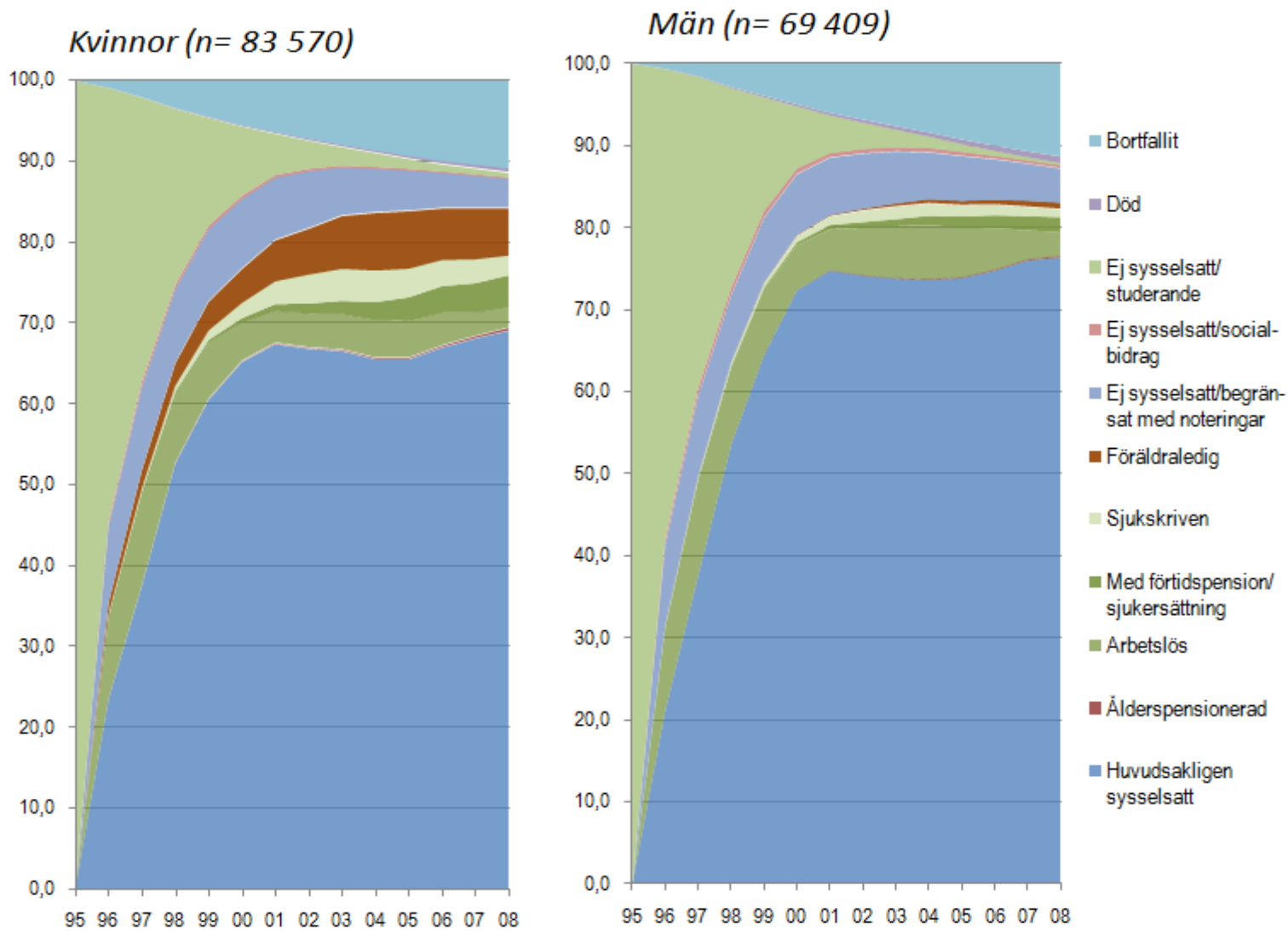


**Figur 12.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som 1995 var långtidslediga med föräldrapenning (minst sex månader) och 20–64 år. Procent.

## Utvecklingen 1996–2008 för de studerande 1995

Det vore rimligt att tänka sig ett flöde där individer går från studier till arbete, med kanske en kort tids arbetslöshet där emellan. Det sker också en gradvis ökning av andelen sysselsatta bland de studerande under uppföljningsåren. (Större andel av de studerande männen än kvinnorna var fem år efter startåret sysselsatta, 72 procent mot 65 bland kvinnorna). I praktiken var bilden av de studerandes utveckling under de 13 uppföljningsåren mer komplicerad (figur 13). Det berodde möjligen bland annat på att arbetslösheten efter avslutade studier kunde bli långvarig (26). Många individer hade också efter sina studier en period med oklar försörjningssituation utan vare sig förvärvsarbete eller försörjning från socialförsäkringarna. Flertalet studerande var också unga. Särskilt bland kvinnorna var det också vanligt med föräldraledighet under de kommande åren. Fem år efter startåret 1995 hade 4 procent av de studerande kvinnorna föräldrapenning under mer än halva året. Detta gällde för mindre än 1 procent bland männen.

Det kan dock för en del av individerna ha varit så att studierna föregåtts av brist på arbete. En vanlig iakttagelse är just att antalet studerande, till exempel vid universitets och högskolor, varit särskilt stort då arbetslösheten gått upp. Ett exempel är ökningen av antalet studerande i samband med den senaste finanskrisen (25). Vissa studerande kan ha haft en svag ställning på arbetsmarknaden, något som också kan ha påverkat deras situation i fortsättningen.



**Figur 13.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som 1995 var 20–64 år och huvudsakligen studerande. Procent.

### **Utvecklingen 1996–2008 för de med en oklar försörjningssituation 1995**

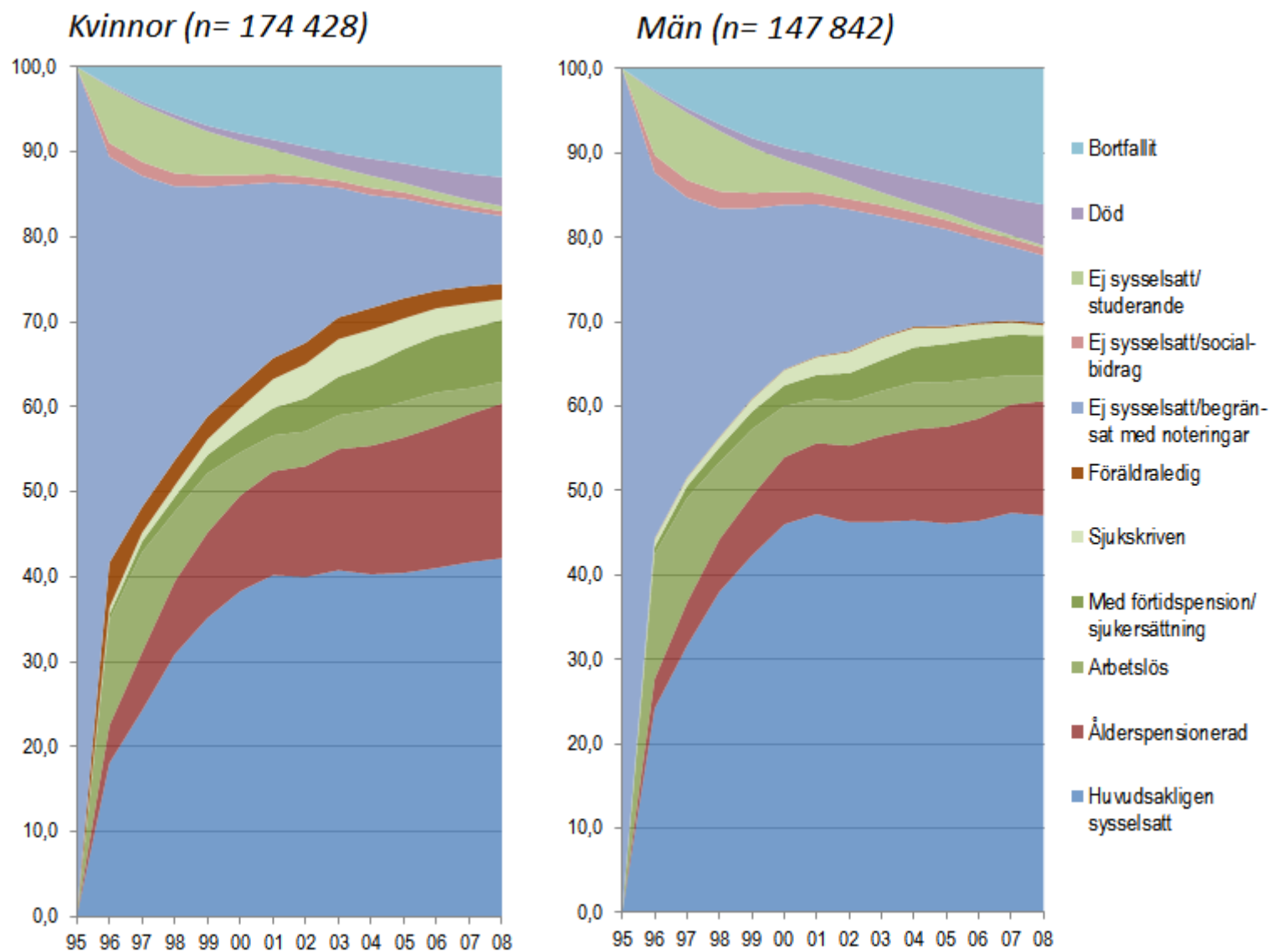
För en del kvinnor och män saknades information om hur personernas faktiska försörjningssituation sett ut i de data som utnyttjats här (figur 14). Genom att varken förvärvsinkomst eller bidrag från socialförsäkringarna finns redovisade är osäkerheten stor om hur personerna försörjt sig. I en del fall kan man tänka sig att de försörjs av andra personer i hushållet. Personer med denna oklara situation fanns främst bland de unga (bland 20-åringar gällde detta för 26 procent) och bland de som bodde hemma hos sina föräldrar (32 procent). Andelen var också hög bland vissa utomlands födda, till exempel de från Nordamerika (26 procent) och Asien (14 procent).

Betydligt fler kvinnor än män fanns i denna kategori, cirka 174 000 kvinnor jämfört med cirka 147 000 män. Betydligt fler kvinnor befann sig också fortsättningsvis utanför arbetslivet. Det kan finnas anledning att studera denna grupp närmare ur ett genusperspektiv.

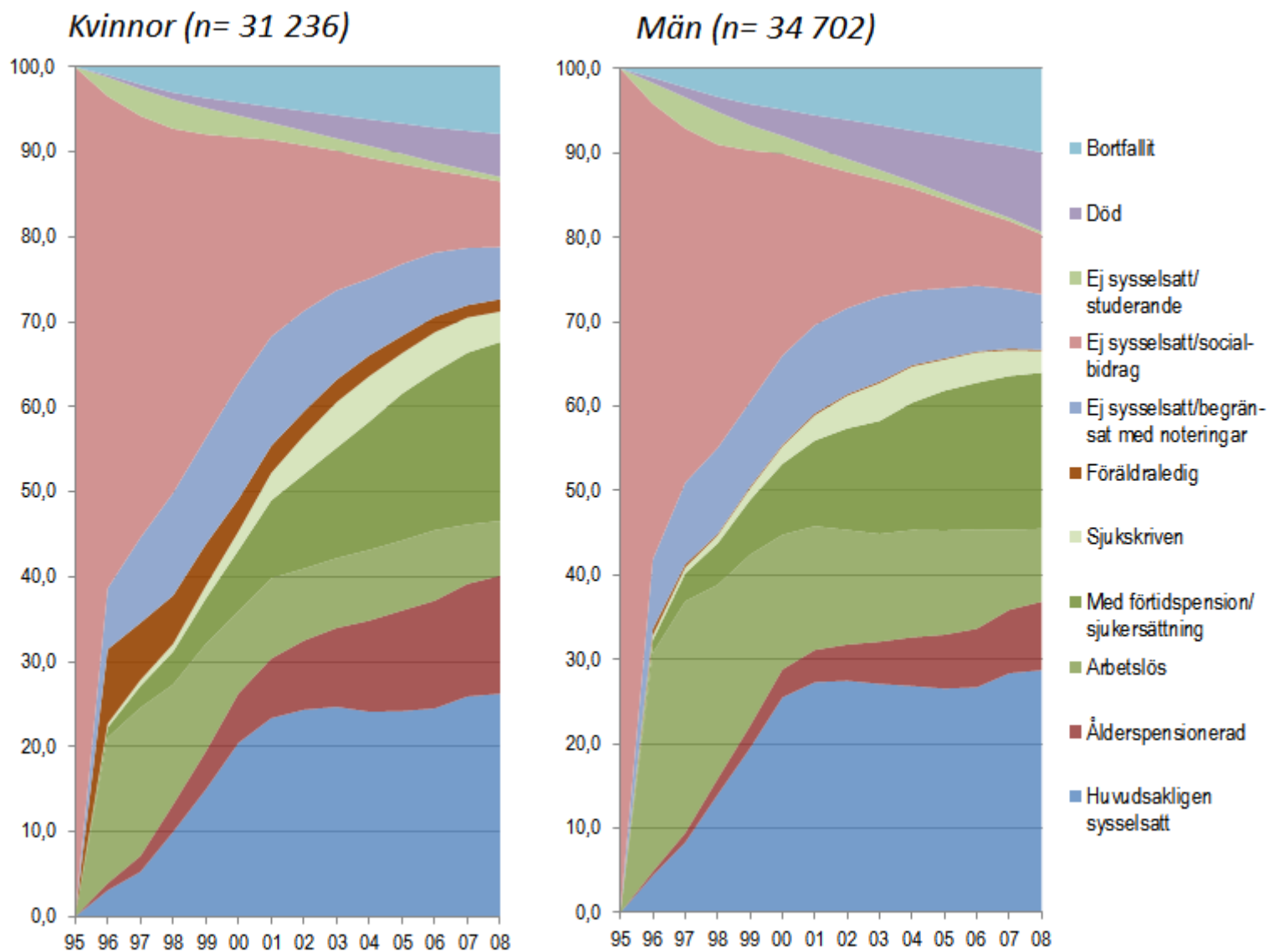
### **Utveckling 1996–2008 för de med socialbidrag 1995**

Ganska få av socialbidragstagarna 1995 klassificerades som sysselsatta de påföljande åren. Som mest var det 26 procent bland kvinnorna som haft socialbidrag och drygt 29 procent bland männen som haft socialbidrag som senare huvudsakligen var sysselsatta (figur 15). Många var långtidsarbetslösa, särskilt de första åren under uppföljningstiden. Efter ett år var 17 procent långtidsarbetslösa bland kvinnorna och 26 procent bland männen. Bland de socialbidragstagande männen förblev andelen långtidsarbetslösa hela tiden högre än bland kvinnorna.

Beroendet av socialbidrag fortsatte under lång tid, särskilt för kvinnorna. Många som haft socialbidrag fick också med tiden sjuk- och aktivitetsersättning. Efter 13 år gällde det 21 procent bland kvinnorna och 19 bland männen.



**Figur 14.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som 1995 saknade sysselsättning och inte var försörjda via socialförsäkringarna och 20–64 år. Procent.



**Figur 15.** Försörjningssituation 1995–2008 för de kvinnor och män som 1995 saknade sysselsättning och vars främsta inkomstkälla var socialbidrag och 20–64 år. Procent.

## Jämförelse mellan de tre kohorterna, med startår 1995, 2000 respektive 2005, vad avser deras utveckling över tid

Den studerade perioden utmärktes rent generellt av förbättrade arbetsmarknadsutsikter med en allt högre sysselsättningsnivå och lägre arbetslöshet för befolkningen (25). Samtidigt skedde förändringar i socialförsäkringssystemen och i tillämpningen av dem. Det sker också förändringar i befolkningens sammansättning bland annat genom att andelen äldre och andelen invandrare ökar. Detta gör det intressant att jämföra utvecklingen för dem som ingick 1995-årskohorten med dem i kohorter med andra startår. Jämförelser gör det möjligt att ta ställning till om utvecklingen för 1995-årskohorten var likartad utvecklingen för andra kohorter. Förutom 1995 års kohort har motsvarande kohort från år 2000 och år 2005 studerats. En detaljerad jämförelse mellan kvinnors och mäns utveckling i de skilda kohorterna görs i tabellerna 3a-7b. I den första kohorten, med startår 1995 ingår alltså samma personer som i ovanstående avsnitt. I kohorten med startår 2000 ingår de personer som då var 20-64 och bodde i Sverige, och i kohorten med startår 2005 de personer som då var 20-64 och bodde i Sverige. Både 1995-årskohorten och 2000-årskohorten kan följas under 8 år, medan 2005 års kohort bara kan följas under tre år eftersom uppgifter endast finns fram till 2008. Utvecklingen vad avser försörjnings-situation för personer, som respektive startår, huvudsakligen hade någon av de tidigare definierade försörjningssituationerna presenteras nedan.

### Långtidssjukskrivna

Utvecklingen för dem i de tre kohorterna som var långtidssjukskrivna ( $\geq 6$  månader) 1995, 2000 respektive 2005 jämförs i tabell 2 och i figur 16. Analyserna har gjorts på likartat sätt i respektive kohort av de som var långtidssjukskrivna och i åldern 20–64 år respektive kohorts startår.

Som framgår av tabell 2 var utvecklingen likartad för kohorten med startår 1995 och för kohorten med startår 2000. Utvecklingen ser däremot något annorlunda ut för de i kohorten med startår 2005. För de i kohorten med startår 2005 som då var långtidssjukskrivna framträder ett större flöde tillbaka till sysselsättning. Om utgångspunkten tas i 1995-årskohorten var 15,8 procent av de långtidssjukskrivna i arbete efter tre år. Om utgångspunkten tas i 2000-årskohorten var 14,8 procent i arbete efter tre år. Om utgångspunkten tas i 2005-årskohorten var motsvarande siffra 27,3 procent åter i arbete, det vill säga, nästan en dubbelt så stor andel. Antalet som var långtidssjukskrivna i 1995 års kohort var betydligt lägre än i de kommande två kohorterna.

Man skulle kanske förvänta sig att de förbättrade arbetsmarknadsutsikterna skulle slå igenom på likartat sätt i alla kohorterna. När de olika kohorterna jämförs framgår det att detta bara delvis var fallet. Efter åtta år var det fortfarande inte mer än 16,7 procent i 2000-årskohorten som var i arbete jämfört med 13,1 procent efter åtta år i 1995 års kohort. Treårsuppföljningen där alla tre kohorter kan jämföras visar dock att de som var långtidssjukskrivna under startåret i 2005 års kohort i betydligt högre grad än de i 2000 respektive 1995 års kohorter var i huvudsak sysselsatta (27,3 procent i 2005 års kohort jämfört med 14,8 respektive 15,8 procent för de tidigare kohorterna). Andelen med sjuk- och aktivitetsersättning tre år efter respektive startår har också tenderat att minska. För 1995 års kohort hade nästan 47 procent sjuk- eller aktivitetsersättning tre år senare, för 2000 års kohort var motsvarande siffra 49,5 procent medan det i 2005 års kohort var en minskning till 40,4 procent.

**Tabell 2.** Försörjningssituation åtta respektive tre år efter startåret för de i de tre kohorterna som var långtids-sjukskrivna 1995, 2000 respektive 2005. Procent.

<b>Respektive kohorts startår</b>										
<b>Försörjningssituation respektive år</b>	<b>Uppföljningstid</b>									
<i>1995</i>	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Sysselsatt/huvudsakligen	0	13,9	15,9	15,8	15,5	15,1	14,6	13,7	13,1	
Ålderspensionerad	0	1,0	2,7	4,5	6,5	9,0	11,6	14,1	16,5	
Långtidsarbetslös	0	6,9	7,7	6,4	5,7	4,4	3,6	3,2	2,9	
Sjuk- och aktivitetsersättning	0	26,9	41,4	46,9	48,9	49,4	49,2	48,9	47,7	
Långtidsjukskriven	100	45,8	24,9	17,6	14,2	12,4	10,9	9,3	8,1	
Långtidsföräldraledig	0	1,1	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	0	2,0	2,3	2,2	2,0	1,8	1,7	1,5	1,4	
Ej sysselsatt/socialbidrag	0	0,5	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	
Ej sysselsatt/studerande	0	0,3	0,7	1,1	0,8	0,6	0,5	0,3	0,2	
Död, bortfallit	0	1,8	3,0	4,0	5,1	6,0	7,1	8,1	9,1	
<i>2000</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Sysselsatt/huvudsakligen	0	11,5	14,1	14,8	15,0	15,2	15,5	16,3	16,7	
Ålderspensionerad	0	0,9	2,7	4,9	7,5	10,6	13,5	16,6	19,8	
Långtidsarbetslös	0	2,5	3,3	3,3	3,4	3,4	3,4	2,7	2,5	
Sjuk- och aktivitetsersättning	0	22,7	41,2	49,5	54,4	54,9	52,9	50,2	47,3	
Långtidsjukskriven	100	58,2	33,5	21,4	12,9	8,4	6,5	5,2	4,1	
Långtidsföräldraledig	0	0,9	0,7	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	0	1,4	1,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3	1,4	
Ej sysselsatt/socialbidrag	0	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
Ej sysselsatt/studerande	0	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	
Död, bortfallit	0	1,2	2,0	2,8	3,5	4,2	4,9	5,7	6,5	
<i>2005</i>	2005	2006	2007	2008						
Sysselsatt/huvudsakligen	0	17,6	24,2	27,3						
Ålderspensionerad	0	1,1	3,5	6,3						
Långtidsarbetslös	0	4,4	4,7	4,7						
Sjuk- och aktivitetsersättning	0	23,0	36,7	40,4						
Långtidsjukskriven	100	49,5	25,2	14,5						
Långtidsföräldraledig	0	1,1	1,0	0,9						
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	0	1,6	1,8	2,1						
Ej sysselsatt/socialbidrag	0	0,2	0,3	0,5						
Ej sysselsatt/studerande	0	0,3	0,5	0,5						
Död, bortfallit	0	1,0	1,8	2,5						



## Långtidsarbetslösa

Antalet långtidsarbetslösa under respektive startår var betydligt större i 1995-årskohorten än i de båda senare kohorterna (figur 17). Andelen långtidsarbetslösa som återgick till arbete var också högre i den första kohorten, som täckte en period med generellt sett allt bättre arbetsmarknadsförutsättningar. Knappt hälften av de långtidsarbetslösa i 1995 års kohort var i huvudsak sysselsatta fem år senare. I 2000 års kohort var motsvarande andel en dryg tredjedel. I den tredje kohorten skedde en viss förbättring under treårsuppföljningen, men med en lägre nivå i arbete jämfört med de i 1995 års kohort. Som framgår av jämförelsen mellan 1995 års kohort och 2000 års kohort stabiliseras andelen sysselsatta bland de tidigare långtidsarbetslösa redan efter ett par år. I alla tre kohorterna var återgången till yrkesarbete begränsat. Nästan hälften (ofta fler) av de som under respektive startår var långtidsarbetslösa försörjde sig huvudsakligen på annat sätt än genom arbete vid uppföljningens slut. Många blev sjukskrivna, många fick sjuk- och aktivitetsersättning.

## Huvudsakligen sysselsatta

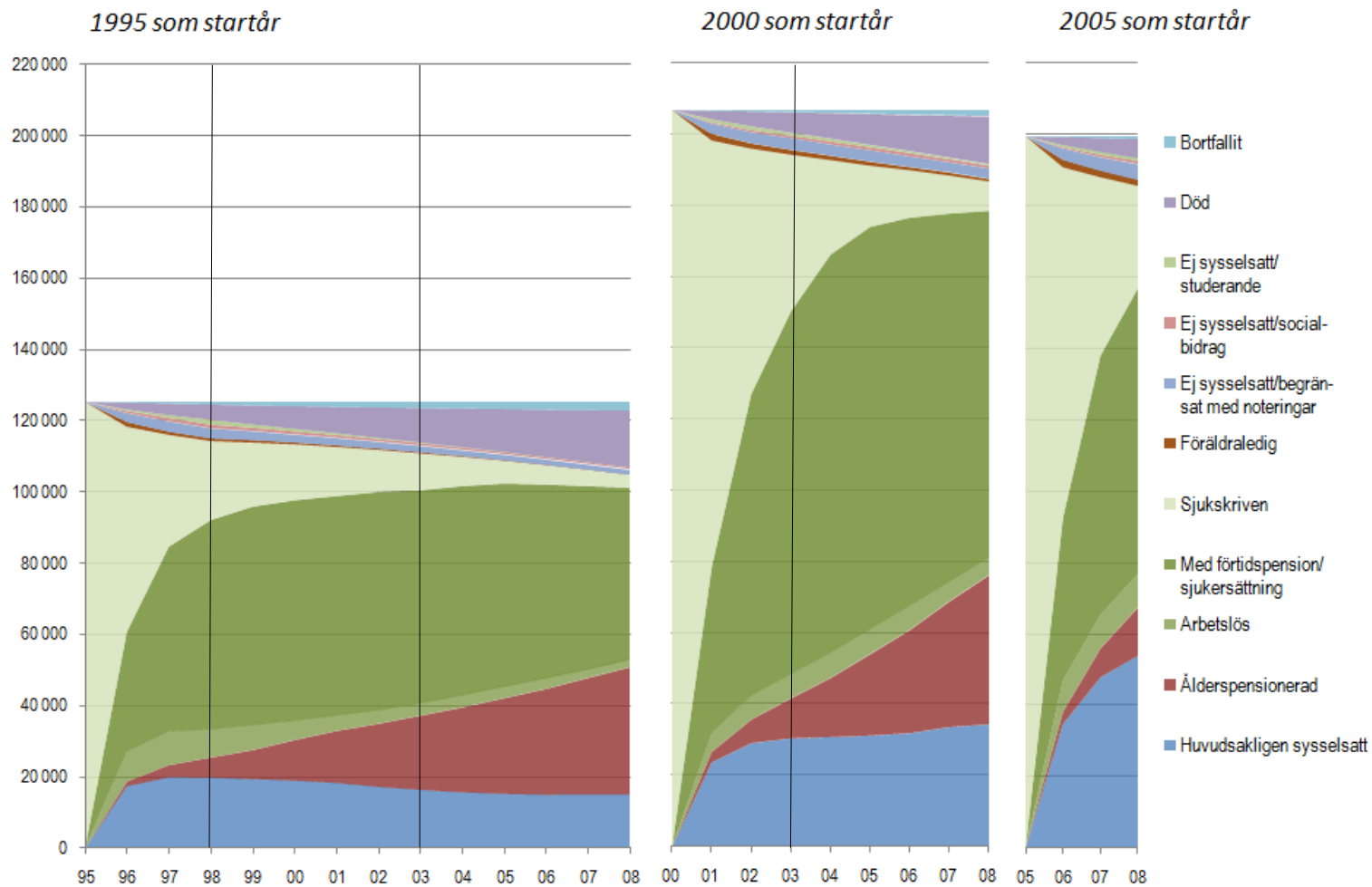
Antalet huvudsakligen sysselsatta var särskilt lågt i den första kohorten, den med 1995 som startår (figur 18). Flödet från sysselsättning ut ur arbetskraften under de första tre åren var dock särskilt stort i den andra kohorten, det vill säga, den med 2000 som startår. En iakttagelse är att det i den andra kohorten var särskilt många sysselsatta som blev långtidssjukskrivna under de kommande åtta åren.

## Sjuk- och aktivitetsersättning

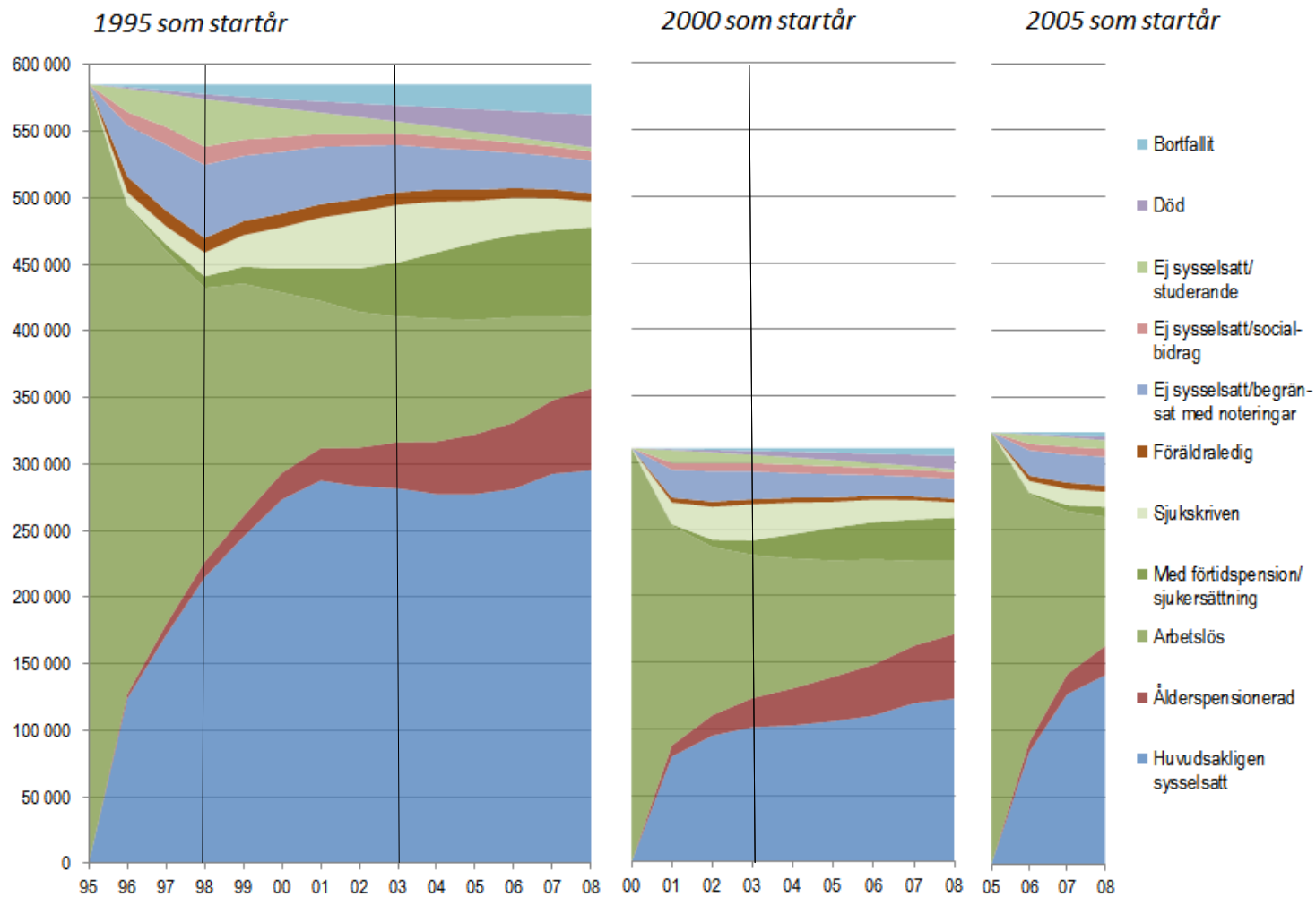
I den tredje kohorten, med 2005 som startår, fanns ett större antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning ( $\geq 6$  månader) (figur 19). Eftersom antalen var så olika mellan kohorterna kan det kanske vara svårt att jämföra diagrammen med varandra. De skilda storleksförhållandena kan göra att det delvis varit olika kategorier av människor som omfattades. En skillnad som framträder är att det var en större andel i arbete efter tre år i den sista kohorten jämfört med de båda tidigare.

## Socialbidrag

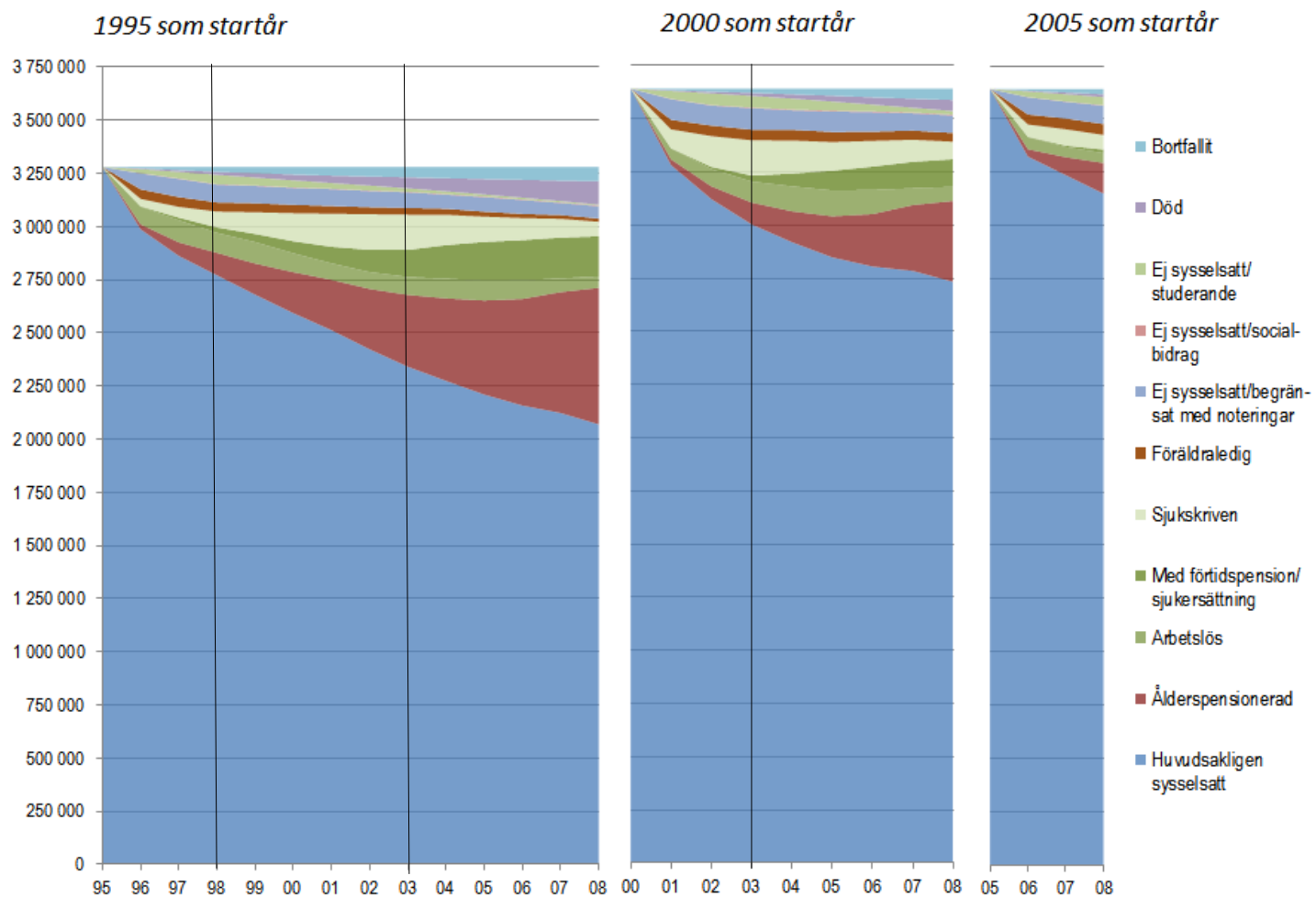
En jämförelse mellan de tre kohorterna vad avser socialbidrag (försörjningsstöd) som främsta inkomstkälla visar ett med tiden något större arbetskraftsdeltagande bland de som haft socialbidrag (figur 20). Skillnaden mellan kohorterna var dock inte så stor. För de allra flesta ersattes försörjningen via socialbidrag av annat än förvärvsarbete. För 2005 års kohort hade något större andel fått sjuk- eller aktivitetsersättning och något större andel var i arbete tre år senare.



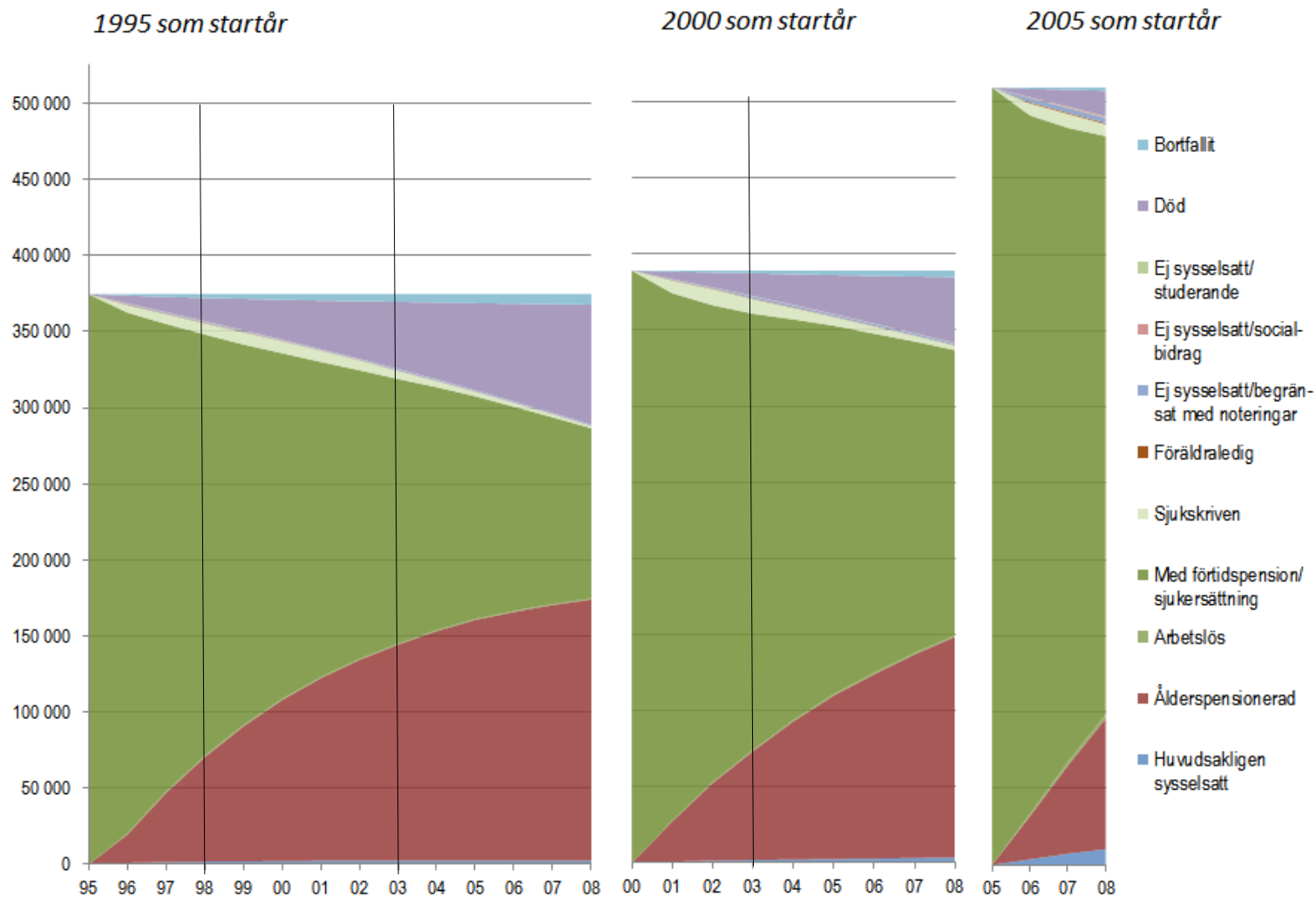
**Figur 16.** Försörjningssituation under de kommande åren för dem som initialt var långtidssjukskrivna (mer än sex månader) i var och en av de tre kohorterna med startår 1995, 2000 respektive 2005. På x-axeln anges årtal, samtliga kohorter följs upp till och med år 2008. På y-axeln anges antal personer.



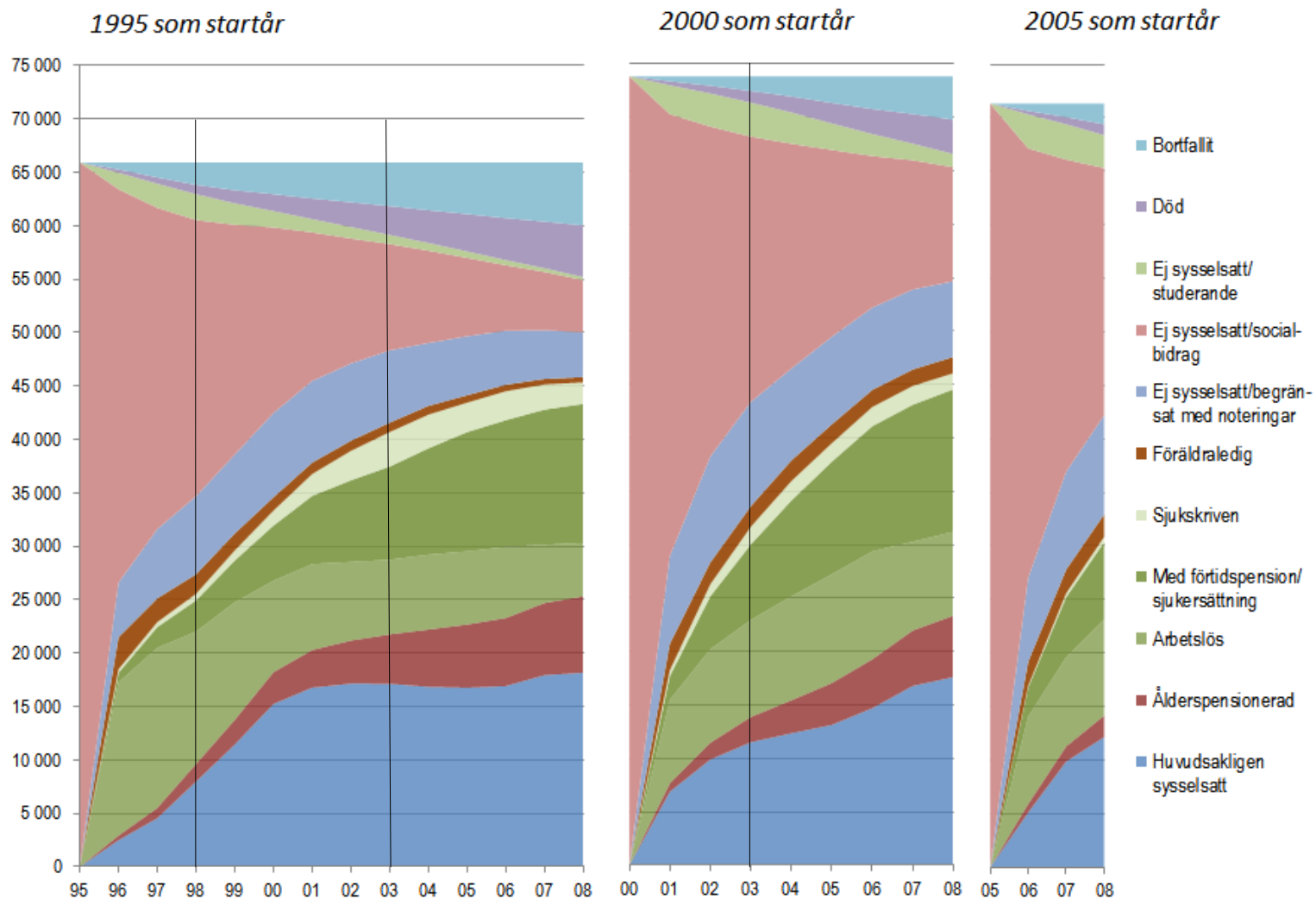
**Figur 17.** Försörjningssituation under de kommande åren för dem som initialt var långtidsarbetslösa (mer än sex månader) i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005. På x-axeln anges årtal, samtliga kohorter följs upp till och med år 2008. På y-axeln anges antal personer.



**Figur 18.** Försörjningssituation under de kommande åren för dem som initialt huvudsakligen sysselsatta 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.



**Figur 19.** Försörjningssituation under de kommande åren för dem som initialt hade sjuk- och aktivitetsersättning 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.



**Figur 20.** Försörjningssituation under de kommande åren för dem som initialt saknade sysselsättning och vars främsta inkomstkälla var socialbidrag 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.

## Kohortjämförelser för kvinnor och män med tre års uppföljningstid

I det följande jämförs kohorterna med varandra, stratifierat för kön. Personerna i alla kohorterna följs tre år framåt i tiden efter respektive kohorts startår.

I tabell 3a och 3b beskrivs utvecklingen för de i respektive kohort som var långtidssjukskrivna under startåret. Andelen långtidssjukskrivna minskade i alla kohorterna från startåret och framåt år för år. Minskningen var några procent mindre för kvinnorna än för männen. Fler kvinnor än män fortsatte att vara sjukskrivna. Andelen sysselsatta bland de tidigare långtidssjukskrivna var markant högre i den tredje kohorten både bland kvinnor och män.

Något fler kvinnor fick med tiden sjuk- och aktivitetsersättning. Också denna skillnad var snarlik från kohort till kohort, trots att nivån på andelen med sjuk- och aktivitetsersättning varierade och var särskilt låg i slutet av kohorten med startår 2005.

**Tabell 3a.** Kvinnor som var långtidssjukskrivna under respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under var 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	14,9	17,7	24,4	27,8
Ålderspensionerad	0,9	2,5	4,2	0,8	2,4	4,4	1,0	3,0	5,5
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	22,3	41,1	50,0	23,2	37,0	41,2
Långtidssjukskriven	46,7	26,1	19,0	59,4	35,0	22,9	50,4	26,4	15,4
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	1,9
Bortfallit	0,2	0,3	0,5	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3

**Tabell 3b.** 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	11,7	14,0	14,6	17,5	23,8	26,2
Ålderspensionerad	1,1	3,0	4,9	1,0	3,2	5,8	1,5	4,3	7,5
Långtidsarbetslös	8,9	9,7	8,3	3,7	4,8	4,8	6,3	6,6	6,4
Sjuk- och aktivitetsersättning	26,3	40,2	45,2	23,4	41,3	48,7	22,8	36,1	39,1
Långtidssjukskriven	44,5	23,3	15,7	56,2	31,0	18,9	47,9	23,3	13,0
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	1,8	1,7	2,0	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

I tabell 4a och 4b beskrivs utvecklingen för de som var långtidsarbetslösa under startåret i respektive kohort. Andelen långtidsarbetslösa minskade från startåret och framåt år för år i samtliga tre kohorter. Minskningen var större för kvinnorna, men skillnaderna mellan könen minskade från den första (med startår 1995) till den tredje kohorten (med startår 2005). Andelen bland de långtidsarbetslösa som senare blev långtidssjukskrivna var relativt liten, men ökade under de tre följande åren i samtliga tre kohorter. Ökningen var särskilt påtaglig i den andra kohorten (startår 2000), där också skillnaden mellan kvinnor och män blev särskilt stor efter de tre uppföljningsåren. Tio procent bland kvinnorna blev då långtidssjukskrivna mot sju bland männen.

**Tabell 4a.** Kvinnor som varit långtidsarbetslösa under respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under var och ett av de tre kommande åren.

	1995 som startår (n = 252 341)			2000 som startår (n = 128 347)			2005 som startår (n = 132 686)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	21,7	29,1	36,3	27,1	32,4	34,6	27,5	39,6	44,0
Ålderspensionerad	0,6	1,3	1,9	1,9	4,1	6,3	1,5	3,8	5,9
Långtidsarbetslös	57,9	43,3	30,8	48,1	35,4	29,4	53,5	35,2	27,7
Sjuk- och aktivitetsersättning	0,2	0,8	1,5	0,5	2,1	4,2	0,5	1,6	2,8
Långtidssjukskriven	1,8	2,6	3,5	6,2	9,5	10,5	3,2	4,5	4,2
Långtidsledig med föräldrapenning	4,4	4,5	4,2	2,7	2,9	2,8	3,0	3,4	3,3
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	7,6	10,1	10,4	7,6	8,3	7,3	6,3	6,9	6,7
Ej sysselsatt/socialbidrag	1,5	2,0	1,9	1,4	1,5	1,5	1,2	1,4	1,4
Ej sysselsatt/studerande	3,8	5,4	8,0	4,1	3,2	2,4	2,8	2,8	2,6
Död	0,1	0,2	0,3	0,1	0,3	0,5	0,1	0,3	0,5
Bortfallit	0,4	0,8	1,2	0,2	0,4	0,6	0,3	0,6	0,9

**Tabell 4b.** Män som varit långtidsarbetslösa under respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under var och ett av de tre kommande åren.

	1995 som startår (n = 332 982)			2000 som startår (n = 182 612)			2005 som startår (n = 190 878)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	20,8	29,5	37,0	24,6	29,5	31,4	25,1	39,5	44,0
Ålderspensionerad	0,6	1,4	2,1	2,1	4,4	6,6	1,7	4,1	6,3
Långtidsarbetslös	66,0	51,5	38,5	57,2	45,1	38,8	61,0	40,6	32,1
Sjuk- och aktivitetsersättning	0,2	0,8	1,5	0,3	1,5	3,2	0,3	1,2	2,1
Långtidssjukskriven	1,6	2,1	2,7	4,7	7,0	7,5	2,4	3,3	3,1
Långtidsledig med föräldrapenning	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	5,8	7,2	8,6	6,1	6,7	6,4	5,4	6,2	6,6
Ej sysselsatt/socialbidrag	1,9	2,5	2,7	1,9	2,2	2,3	1,7	2,1	2,1
Ej sysselsatt/studerande	2,4	3,5	4,7	2,3	2,1	1,6	1,6	1,6	1,4
Död	0,2	0,5	0,8	0,4	0,8	1,3	0,3	0,7	1,1
Bortfallit	0,4	0,8	1,3	0,2	0,5	0,7	0,4	0,7	1,1



I tabell 5a och 5b beskrivs utvecklingen för de som var sysselsatta under startåret i respektive kohort. Flertalet fortsatte att vara sysselsatta, men minskningen varierade något över tid. Trenden mot allt färre sysselsatta var störst i kohorten med startår 2000 och minst i den med 2005 som startår. Denna negativa trend var mer markerad bland kvinnor än män. Skillnaden mellan kvinnor och män var också störst i kohorten med startår 2000, då sysselsättningsnivån gick ned särskilt mycket. Återigen ökade andelen långtidssjukskrivna något över tid och blev särskilt stor för kvinnorna i den andra kohorten.

**Tabell 5a.** Kvinnor som varit huvudsakligen sysselsatta respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under var och ett av de tre kommande åren.

	1995 som startår (n = 1 540 076)			2000 som startår (n = 1 693 836)			2005 som startår (n = 1 696 433)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	91,1	87,3	84,5	88,3	83,3	80,0	89,8	87,0	84,8
Ålderspensionerad	0,7	1,9	3,2	0,5	1,4	2,5	0,6	2,0	3,7
Långtidsarbetslös	2,5	3,2	2,9	1,3	1,9	2,3	1,4	1,3	1,2
Sjuk- och aktivitetsersättning	0,1	0,4	0,8	0,0	0,4	1,0	0,0	0,2	0,6
Långtidssjukskriven	1,1	1,5	2,3	3,4	5,6	6,4	2,2	2,9	2,6
Långtidsledig med föräldrapenning	1,4	1,4	1,3	2,6	2,8	2,8	2,6	2,8	2,8
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	2,3	2,6	2,6	2,4	2,5	2,7	2,1	2,1	2,3
Ej sysselsatt/socialbidrag	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Ej sysselsatt/studerande	0,6	0,9	1,3	1,2	1,6	1,5	0,9	1,1	1,1
Död	0,1	0,3	0,4	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3
Bortfallit	0,2	0,4	0,7	0,2	0,3	0,5	0,2	0,4	0,6

**Tabell 5b.** Män som varit huvudsakligen sysselsatta respektive startår och andel med respektive utfall under var och ett av de tre kommande åren

	1995 som startår (n = 1 740 752)			2000 som startår (n = 1 948 872)			2005 som startår (n = 1 945 375)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	92,8	89,5	87,0	92,8	88,9	85,6	93,6	91,6	89,2
Ålderspensionerad	0,7	1,8	3,0	0,5	1,5	2,7	0,7	2,1	3,6
Långtidsarbetslös	2,6	3,3	3,0	1,5	2,5	3,1	1,7	1,4	1,3
Sjuk- och aktivitetsersättning	0,1	0,3	0,7	0,0	0,2	0,6	0,0	0,1	0,3
Långtidssjukskriven	0,8	1,2	1,7	1,7	2,8	3,2	1,2	1,5	1,4
Långtidsledig med föräldrapenning	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	2,1	2,3	2,3	2,2	2,2	2,6	1,8	1,8	2,1
Ej sysselsatt/socialbidrag	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Ej sysselsatt/studerande	0,4	0,7	0,9	0,7	1,0	0,9	0,5	0,5	0,6
Död	0,1	0,3	0,5	0,1	0,3	0,5	0,1	0,3	0,4
Bortfallit	0,2	0,5	0,8	0,2	0,4	0,6	0,3	0,5	0,8

I tabell 6a och 6b beskrivs utvecklingen för de med sjuk- och aktivitetsersättning under startåret. Andelen gick ned relativt likartat i de tre kohorterna. Nedgången var något mindre för kvinnor än för män. Nedgången var rimligen mest relaterad till övergång till ålderspensionering för de äldre. De flesta med sjuk- och aktivitetsersättning är äldre, varför den höga andelen som blir ålderspensionerade är förväntad.

**Tabell 6a.** Kvinnor som hade sjuk- och aktivitetsersättning minst sex månader under respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under var och ett av de tre kommande åren.

	1995 som startår (n = 207 172)			2000 som startår (n = 220 453)			2005 som startår (n = 304 040)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	0,3	0,5	0,6	0,3	0,4	0,5	0,8	1,6	2,3
Ålderspensionerad	4,7	11,6	17,6	4,1	10,4	16,0	3,3	9,1	14,8
Långtidsarbetslös	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5
Sjuk- och aktivitetsersättning	91,8	83,0	75,4	91,5	83,2	76,6	92,2	84,0	77,0
Långtidssjukskriven	1,6	2,1	2,5	2,8	3,5	3,2	1,9	2,2	1,9
Långtidsledig med föräldrapenning	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,5	0,5	0,6
Ej sysselsatt/socialbidrag	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Ej sysselsatt/studerande	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Död	0,9	1,8	2,8	0,9	1,8	2,7	0,8	1,5	2,3
Bortfallit	0,2	0,4	0,5	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,3

**Tabell 6a.** Män som hade sjuk- och aktivitetsersättning minst sex månader under respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under var och ett av de tre kommande åren.

	1995 som startår (n = 167 416)			2000 som startår (n = 168 621)			2005 som startår (n = 205 461)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	0,3	0,4	0,5	0,2	0,4	0,4	0,6	1,2	1,7
Ålderspensionerad	5,2	12,7	19,1	4,5	11,4	17,0	3,5	9,7	15,3
Långtidsarbetslös	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,3	0,4	0,6	0,7
Sjuk- och aktivitetsersättning	90,9	80,8	72,0	91,5	82,0	74,2	91,8	82,8	74,9
Långtidssjukskriven	1,0	1,2	1,3	1,5	1,9	1,7	1,2	1,3	1,1
Långtidsledig med föräldrapenning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,5	0,7	0,7	0,7
Ej sysselsatt/socialbidrag	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2
Ej sysselsatt/studerande	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Död	1,8	3,7	5,6	1,7	3,4	5,2	1,5	3,1	4,6
Bortfallit	0,3	0,6	0,8	0,2	0,4	0,6	0,2	0,4	0,6

I tabell 7a och 7b beskrivs utvecklingen för de som hade föräldrapenning i mer än ett halvt år under de tre startåren. Många återkom relativt snart i arbete. Andelen som var tillbaka i arbete ökade dock från den först till den sista kohorten. Särskilt stark var denna ökning bland männen. Samtidigt minskade också arbetslösheten från kohort till kohort, en minskning som var särskilt markerad bland männen. Det verkar som om de män som var föräldralediga i mitten på 1990-talet, hade en svagare arbetsmarknadsanknytning än de som var det tio år senare. En alternativ förklaring är att föräldraledighet bland män oftare hade negativa konsekvenser för arbetsmarknadsanknytningen på 1990-talet än på 2000-talet.

**Tabell 7a.** Kvinnor med föräldrapenning mer än sex månader under respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under var och ett av de tre kommande åren.

	1995 som startår (n = 116 811)			2000 som startår (n = 78 293)			2005 som startår (n = 79 376)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	49,4	54,5	58,7	57,1	60,9	62,5	58,5	63,7	66,7
Ålderspensionerad	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Långtidsarbetslös	15,1	13,6	9,6	5,5	5,4	5,5	6,9	4,8	4,2
Sjuk- och aktivitetsersättning	0,3	0,4	0,6	0,5	0,7	1,1	0,8	1,0	1,3
Långtidssjukskriven	0,9	1,3	1,9	2,4	4,2	5,1	1,9	2,7	2,5
Långtidsledig med föräldrapenning	19,8	13,5	11,0	17,8	12,5	11,1	17,7	13,1	11,1
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	9,7	9,6	9,0	11,5	10,0	9,1	9,0	8,0	7,7
Ej sysselsatt/socialbidrag	3,2	3,2	2,7	2,6	2,3	2,0	2,3	2,1	1,8
Ej sysselsatt/studerande	1,1	2,8	5,0	2,1	3,0	2,6	2,4	3,5	3,2
Död	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Bortfallit	0,5	1,0	1,4	0,5	0,8	1,1	0,6	1,0	1,4

**Tabell 7b.** Män med föräldrapenning mer än sex månader under respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005) och andel med respektive utfall under var och ett av de tre kommande åren.

	1995 som startår (n = 3 758)			2000 som startår (n = 2 138)			2005 som startår (n = 3 963)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sysselsatt/huvudsakligen	46,0	51,3	57,0	59,3	63,0	63,7	66,2	71,6	73,9
Ålderspensionerad	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3
Långtidsarbetslös	22,0	22,8	18,5	11,5	11,8	11,8	9,1	6,8	6,4
Sjuk- och aktivitetsersättning	0,4	0,7	0,9	0,6	0,8	1,5	1,5	1,8	2,0
Långtidssjukskriven	1,2	1,6	2,0	3,2	5,2	6,0	1,4	1,9	1,8
Långtidsledig med föräldrapenning	13,7	4,3	2,4	11,0	4,9	3,0	10,2	5,6	3,8
Ej sysselsatt/begränsat med noteringar	6,2	6,6	6,2	7,0	7,3	7,9	6,1	6,1	5,6
Ej sysselsatt/socialbidrag	8,4	8,6	7,1	4,4	3,9	3,1	3,1	2,7	2,0
Ej sysselsatt/studerande	1,2	2,4	3,0	1,9	1,7	1,4	1,1	1,1	0,9
Död	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,3	0,3
Bortfallit	0,8	1,6	2,6	0,9	1,3	1,5	1,1	2,0	2,9

## Diskussion

Större delen av de som var försörjda via olika bidrag eller ersättningar från socialförsäkring när kohorten startade var fortfarande inte i arbete efter 13 år. Många hade fått sjuk- eller aktivitetsersättning, men många hade också fått ålderspension. För kvinnor var övergångar från yrkesarbete till sjuk- eller aktivitetsersättning mer vanliga, för män var övergångar till långtidsarbetslöshet vanligare.

En majoritet av de som var huvudsakligen sysselsatta 1995 var dock fortfarande sysselsatta 13 år senare. Bland kvinnor minskade andelen sysselsatta från drygt 60 procent till drygt 50 procent och bland män från knappt 70 procent till knappt 60 procent. En del av den minskade andelen berodde på ålderspensionering, men en del berodde också på att arbetslösheten först minskade men sen ökade i slutet av perioden och att framförallt fler män blev långtidsarbetslösa.

Skälen till förskjutningarna i försörjningssituation för de olika grupperna av personer med bidrag från socialförsäkringen eller andra bidragssystem är flera. Att individerna under de 13 åren blivit äldre förklarar, som framgått, en stor del av ökningen av ålderspensionärer men också ökningen av personer med sjukersättning. Skälet till det senare är att sjukersättning är vanligast i de äldsta åldersgrupperna. Tendensen att många som var långtidsarbetslösa 1995 fortfarande var bidragsförsörjda 13 år senare kan dock bara delvis förklaras av ålder. Sannolikt spelar det försämrade arbetsmarknadsläget in, men också en allmän tendens till förlängda arbetslöshetsperioder bland äldre anställda. Detta kan i sin tur hänga samman med förändrade kvalifikationskrav i det moderna arbetslivet och hinder för rörlighet, till exempel relaterade till geografiska preferenser. Det bör påpekas att det inte genomfördes några mer omfattande ändringar i socialförsäkringssystemet under de aktuella åren. Ändringarna i sjukförsäkringssystemet slog igenom först 2009. Det där dock inte uteslutet att en del förändringar i tillämpningen av socialförsäkringen kan förklara en del av resultaten (2, 3).

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. Skillnaden mellan kvinnor och män i fråga om risk för förtida död skulle kunna tolkas så att försörjning via socialförsäkringarna fått mer negativa konsekvenser för männen. En annan tolkning kan dock vara att de män som fått sin försörjning via socialförsäkringarna haft andra egenskaper än kvinnorna i denna grupp i fråga om sjuklighet eller annat som påverkar tidig död. För att ta ställning till hur överrisken för förtida död i denna grupp skall tolkas behöver dock analyser göras där fler faktorer ingår.

En jämförelse mellan de tre kohorterna 1995, 2000 och 2005 visar intressanta skillnader både bland de grupper som i utgångsläget huvudsakligen försörjde sig via bidrag och bland de huvudsakligen sysselsatta. Andelen som blev sysselsatta bland de tidigare långtidssjukskrivna var betydligt högre i den tredje kohorten jämfört med den första och den andra, såväl bland kvinnor som män. 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 män. Denna skillnad mellan kvinnor och män var störst i kohorten med startår 2000, då arbetslösheten inom befolkningen gick ned särskilt mycket.

Skälen till detta kan återigen ligga såväl i en förändrad sammansättning av de långtidssjukskrivna jämfört med i de två tidigare kohorterna som i förändringar på arbetsmarknaden och i tillämpningen av socialförsäkringens regler. Förklaringen till delar av dessa mönster kan också sökas i det förhållandet att en hel del av de i kohorten med startår 2000 som varit långtidssjukskrivna, redan hade hunnit få sjuk- och aktivitetsersättning år 2005. De första åren på 2000-talet var antalet som beviljades sådan ersättning förhållandevis stort. År 2004 var de som flest, med nästan 75 000 mot att ha varit ungefär hälften så många under åren före millenniumskiftet (27). I budgetpropositionen 2003 ställde Rege-

ringen upp ett halveringsmål rörande nettoantalet sjukskrivningsdagar. Som en konsekvens av detta infördes bland annat nya arbetssätt och metoder på Försäkringskassan (28). Förskjutningen mot sjukersättningar bland de tidigare långtidssjukskrivna är mot denna bakgrund inte helt oväntad, men det faktum att alla kategorier av långtidsförsörjda via bidrag/ersättningar i så hög grad förblir bidragstagare är något förvånande

Ett ytterligare problematiskt faktum att förklara är det förhållande att långtidssjukskrivna kvinnor i högre grad än män fick sjukersättning under uppföljningstiden medan långtidssjukskrivna män i större grad avled eller blev långtidsarbetslösa. Som antytts kan detta förhållande både bero på skillnader mellan kvinnors och mäns arbetsmarknadsvillkor och skillnader i hälsa (29-35).

Dessa resultat kan tolkas på olika sätt. En möjlig tolkning är att många av de som långvarigt varit utanför arbete och haft ersättningar i form av sjukpenning, sjukersättning, arbetslöshetsersättning eller socialbidrag har gemensamma egenskaper som innebär svårigheter att återgå i/få arbete. Det kan gälla hälsoproblem, brister i utbildning och kompetens eller personliga förhållanden som gör att många av dem har svårt att behålla det tidigare arbetet och har svårt att få ett nytt arbete. Olika typer av utanförstående från arbetsmarknaden kan ses som delar av samma fenomen.

Denna tolkning får ett tydligt stöd i studien framförallt när det gäller hälsa och utbildning. Risken för förtida död var mycket hög bland de långtidssjukskrivna och även bland de långtidsarbetslösa, vilket indikerar allvarliga hälsoproblem. Allra högst var risken för förtida död för dem med sjuk- eller aktivitetsersättning och detta var ännu mer markerat för männen än för kvinnorna. Skillnaden mellan kvinnor och män i fråga om risk för förtida död skulle kunna tolkas så att arbetslöshet, sjukskrivning, förtidspension eller sjukersättning fått mer negativa konsekvenser för männen. En annan orsak kan dock vara att de män, som åstadkommit denna förhöjda risk haft speciella egenskaper i fråga om sjuklighet eller annat som påverkar tidig död. Skillnader mellan kvinnor och män vad gäller förekomst av olika sjukdomar kan också spela in. Det kan inte heller uteslutas att det finns skillnader mellan kvinnor och män i fråga om hur framgångsrik vård, behandling och rehabilitering varit för olika typer av sjukdomar och besvär och i vad som erbjudits liksom i andra faktorer som påverkar hälsa, sjuklighet och död (29, 36-43).

En alternativ tolkning till att så få med långa ersättningar återgår i arbete kan vara att långvarig frånvaro från arbete i sig innebär en belastning för individen vid konkurrensen om arbete samt att möjligheten till arbeten som går att utföra med olika funktionsnedsättningar minskat. Tillgången på lämpliga arbeten varierar naturligtvis över tid och mellan regioner och orter. Rent generellt har dock arbetslösheten blivit mycket högre under de senaste decennierna (26). Den ekonomiska krisen i början av 1990-talet blev en vattendelare (4, 26). De senaste två decennierna har kännetecknats av större rörlighet och snabbare företagsomvandlingar än tidigare, vilket genererat nedläggningar och friställningar (4, 26). Strukturarbetslösheten ökade och många som friställs har svårt att snabbt hitta ett nytt arbete. Strukturomvandlingar gör också att kompetenskraven på den arbetskraft som efterfrågas förändras.

Ett stöd för denna tolkning skulle vara att utvecklingen är konjunkturbunden i den meningen att fler kan återgå i arbete eller få ett nytt arbete vid högkonjunktur än vid lågkonjunktur. Även denna tolkning får ett visst stöd i denna studie. Kohortjämförelsen visade att utvecklingen för 2005 års kohort var något bättre än för 1995 års kohort och 2000 års kohort, vilket skulle kunna tolkas så att konjunkturläget förbättrades under åren 2006-2008. Skillnaderna mellan kvinnor och män kan i detta fall tolkas som en skillnad som hänger samman med att männen i större grad har haft anställningar i konjunkturkänsliga branscher som byggnadsverksamhet och industri medan en större del av kvinnorna arbetat i de mindre konjunkturkänsliga områdena vård, utbildning och omsorg.

### *Metodologiska aspekter*

Studien bygger på mycket stora kohorter som omfattar hela den svenska befolkningen i yrkesverksamma åldrar åren 1995, 2000 respektive 2005. Den långa uppföljningstiden, som varit maximalt 13 år är också en stor fördel eftersom det gör att tillfälliga svängningar inte stör tolkningarna. Det faktum att tre olika kohorter har kunnat jämföras har också gett möjligheter att granska likheter och skillnader mellan de tre kohorterna. Ambitionen har också varit att granska en mängd olika faktorer som kan påverka försörjning och förtida död. Sammantaget innebär detta att resultaten blivit mycket statistiskt pålitliga. Samtidigt finns också begränsningar. Studien har bara kunnat peka på vissa allmänna trender och tendenser. Verkligheten är naturligtvis mer komplex. En fördjupad studie skulle kunna innebära att man mer detaljerat följde grupperns skilda levnadsspår. Man skulle då kunna införa mer detaljerad information i analysen om hälsa, typ av vård, samhällsåtgärder, utbildningsinsatser med mera för att identifiera omständigheter som givit ett mer gynnsamt utfall och vilka som givit ett mer ogynnsamt. Målsättningen skulle kunna vara att jämföra de människor som utvecklats i en mer fördelaktig riktning med de som det gått sämre för.

## Referenser

1. Lidwall U, Skogman-Thoursie P. Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna. In: Marklund S, editor. Arbete och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
2. Lidwall U. Long-Term Sickness Absence. Aspects of Society, Work, and Family. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
3. Lidwall U, Marklund S. Trends in long-term sickness absence in Sweden 1992–2008: the role of economic conditions, legislation, demography, work environment, and alcohol consumption. *International Journal of Social Welfare*. 2011;2(20):167–79.
4. Angelov N, Johansson P, Lindahl E, Lindström E. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Uppsala. 2011.
5. Socialförsäkringen i siffror 2009. Försäkringskassan, editor. Stockholm 2010.
6. Riksförsäkringsverket. Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Stockholm: Riksförsäkringsverket. 2004.
7. RFV. En socialförsäkring för kvinnor och män. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 1998.
8. Hansen A, Edlund C, Brännholm I-B. Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work*. 2005;25(3):231–40.
9. Karlsson N, Carstensen J, Gjesdal S, Alexanderson K. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *European Journal of Public Health*. 2008;18(3):224–31.
10. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10 year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31: 1183–91.
11. Andren D. Long-term absenteeism due to sickness in Sweden. How long does it take and what happens after? *Eur J Health Eco*. 2007;8(1):41–50.
12. Andren D. First exits from the Swedish labor market due to disability. *Population research and policy review*. 2008;27:227–38.
13. Wallman T, Wedel H, Palmer E. Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years. *BMC Public Health*. 2009;9:104.

14. Vaez M, Rylander G, Nygren A, Asberg M, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 May;42(5):381–8.
15. 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.
16. Hansen A, Edlund C, Henningsson M. Factors relevant to a return to work: a multivariate approach. *Work*. 2006;26(2):179–90.
17. 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.
18. Bergmark Å, Bäckman O. Stuck with welfare? Long-term social assistance reciprocity in Sweden. *Eur Sociol Rev*. 2004;20:425–43.
19. Bergmark Å, Bäckman O. Socialbidragstagandets dynamik – varaktighet och utträden från socialbidragstagande under 2000-talet. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2007;14:134–52.
20. Halleröd B, Bask M. Accumulation of welfare problems in a longitudinal perspective. *Social Indicators Research*. 2008;88:311–27.
21. Halleröd B, Larsson D. Poverty, welfare problems and social exclusion. . *International Journal of Social Welfare*. 2008;17:15–25.
22. Meeuwisse A, Sunesson S, Blomberg S, Edebalk P, Salonen T. The flight from universalism. *European Journal of Social Work*. 1998;1(1):19–29.
23. Dahlberg M, Edmark K, Hansen J, Mörk E. Fattigdom i folkhemmet – från socialbidrag till självförsörjning. 2008.
24. Wallgren A, Wallgren B. Registerstatistik – administrativa data för statistiska syften. R&D report, Statistiska centralbyrån. 2004;2.
25. Statistikdatabasen (<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/start.asp>). SCB; [17/3 2011].
26. Långtidsutredningen: Finansdepartementet. Statens Offentliga Utredningar SOU 2011:11. 2011.
27. Diagnosmönster i förändring – nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1971–2005: RFV3. 2007.
28. Försäkringskassans metodundersökning 2004 – en sammanfattning av åtta studier: RFV23. 2005.
29. Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1999.
30. 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](http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou2000_121b.pdf).
31. Alexanderson K. Den könssegregerade arbetsmarknaden – samband med hälsa och sjukdom. In: Gonäs L, Lindgren G, Bildt C, editors. Könssegregering i arbetslivet. Solna: Arbetslivsinstitutet; 2001. p. 159–70.
32. Alexanderson K. Den könssegregerade arbetsmarknaden – samband med sjukdom. Den könsuppdelade arbetsmarknaden: Statens offentliga utredningar, SOU; 2004. p. 421–32.
33. 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.

34. Mastekaasa A. Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Soc Sci Med*. 2005 May;60(10):2261–72.
35. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU)167. 2003.
36. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. Stockholm: Socialdepartementet. 1996.
37. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
38. Ahlgren C, Hammarström A. Back to work? Gendered experiences of rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2000;28(2):88–94.
39. Flobecker P, Hammarström A. Att fråga om kvinnomisshandel – metodologiska reflektioner utifrån en pilotstudie. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 1998;1–2:37–41.
40. Hammarström A. Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik. Stockholm: Högskoleverket. 2004.
41. Hovellius B, Johansson EE, editors. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004.
42. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
43. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut. 2004.



# Korta sjukskrivningsfall och risk för framtida sjukskrivning respektive sjuk- eller aktivitetsersättning

Anders Wikman  
Linnea Kjeldgård  
Staffan Marklund  
Kristina Alexanderson

**Delrapport 2 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro**

Sektionen för försäkringsmedicin  
Karolinska Institutet

[www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)

## Innehåll

Sammanfattning.....	51
Bakgrund .....	52
Syfte .....	52
Material och metod.....	53
Resultat.....	55
Sjukersättning 1996–1998 för kvinnor och män med korta sjukfall och lång sjukskrivningstid 1994–95.....	57
Kvinnor och män utan sjukpenningdagar 1996–1998 med korta sjukfall och begränsad total sjukskrivningstid 1994–95 .....	59
Risk för sjukersättning 1996–2009.....	62
Risken för sjuk- och aktivitetsersättning 1996–2009 i förhållande till sjukpenningdagar och antal korta fall .....	63
Diskussion .....	64
Referenser.....	66

## Sammanfattning

Här presenteras resultat från studier av hur kvinnors och mäns sjukfrånvarolängd påverkar risken för framtida sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (före detta förtidspension). Det är en mycket stor variation i sjukfrånvaromönster mellan olika personer, en del har bara något kort sjukskrivningsfall, medan andra har många korta eller ett eller få längre. Det är sannolikt att både den samlade sjukfrånvarolängden och om det handlar om enstaka långa fall eller många korta spelar roll för vilka konsekvenser sjukfrånvaron har. Framförallt studeras här risken för framtida sjukfrånvaro och risken för sjuk- eller aktivitetsersättning.

Analys har gjorts för att svara på frågan om det finns ett samband mellan att under ett år ha korta sjukskrivningsfall och risk för framtida sjukfrånvaro och sjuk- eller aktivitetsersättning bland kvinnor och män. Kvinnor och män med olika total sjukfrånvaro jämförs och hänsyn tas till en rad bakgrundsfaktorer.

Samtliga personer som var folkbokförda i Sverige åt 1995 ingår i det material som studerats. Data om sjukfrånvaro (1994–1995) ersatt från Försäkringskassan har använts och utifrån dessa har sjukfrånvaro på upp till 21 dagar definierats som korttidsfrånvaro. Denna har satts i relation till total frånvaro (under motsvarande period) i avsikt att belysa olika sjukskrivningsmönster givet samma totala frånvarolängd. Individernas skilda frånvaromönster har följts upp för åren 1996–1998 respektive fram till 2009 vad gäller eventuell förekomst av framtida sjukfrånvaro respektive sjuk- eller aktivitetsersättning. Analyser har gjorts separat för kvinnor och män.

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). Korta sjukskrivningsfall var vanligare bland kvinnor än bland män, då materialet grupperats efter sjukskrivningstidens totala längd. Förekomst av korta sjukskrivningsfall gav för män en högre överrisk för framtida sjuk- och aktivitetsersättning än för kvinnor, då materialet grupperats efter sjukskrivningstidens totala längd.

När de statistiska analyserna fördjupades och justering gjorts för ålder, vårdtid på sjukhus (under perioden 1990–1995) liksom tidigare sjukskrivning (för 1993) försvann de tydliga skillnaderna mellan korta och långa sjukskrivningsfall i fråga om risk för sjuk- eller aktivitetsersättning under de femton åren 1996–2009.

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.

## Bakgrund

Det finns mycket få studier som analyserar vilken betydelse sjukfallslängden har för kortsiktiga eller långsiktiga konsekvenser (1–7). De studier som överhuvudtaget skiljer på långa sjukfall och korta sjukfall tar i regel inte hänsyn till om det är det enskilda sjukfallets längd eller den sammanlagda sjukfrånvaron som är avgörande. För att få kunskap om sjukfrånvaro och dess konsekvenser bland kvinnor och män behövs kunskap om olika aspekter på sjukskrivningen. Ett sådant område är betydelsen av att ha korta sjukskrivningsfall och av att ha korta sjukskrivningsfall blandat med långa sjukskrivningsfall.

Sjukskrivning kan vara av olika längd. Om en person har en viss mängd sjukfrånvarodagar kan de vara i till exempel flera korta sjukskrivningsfall eller i ett kort och ett långt sjukskrivningsfall. Fördelningen av korta och långa fall kan bero på den sjukdom eller skada individen är sjukskriven för och de möjligheter till anpassning av arbetet som finns i relation till den arbetsförmågenedsättning som sjukdomen eller skadan lett till. Fördelningen kan också ha att göra med läkares sjukskrivningspraxis, arbetsgivares åtgärder och de beslut Försäkringskassan fattar (8–11).

Den absoluta merparten av alla sjukfrånvarofall i Sverige är korta och omfattar bara en eller några få dagar (12–15). År 1992 infördes den så kallade arbetsgivarperioden, vilket innebär att arbetsgivaren, efter karensdagen vanligen betalar sjuklön för de första 14 dagarna i ett sjukskrivningsfall. Det innebär också att från och med 1992 har Försäkringskassan vanligen bara information om de sjukskrivningsfall som har blivit längre än 14 dagar.

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 långsiktig utveckling av olika sjukfrånvaromönster. Korta sjukskrivningsfall kan också vara av större betydelse för arbetsgivarna på grund av arbetsgivarperioden och svårigheter att finna vikarier med mera (6, 16). 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 vetenskapligt baserad kunskap saknas i princip om detta.

## Syfte

Syftet med denna studie var att få kunskap om antal korta sjukskrivningsfall bland kvinnor och män med liknande totalt antal sjukpenningdagar och om de korta sjukskrivningsfallens samband med framtida sjuk- eller aktivitetsersättning samt framtida sjukfrånvaro. Specifika syften har varit att:

- Beskriva förekomst av korta sjukskrivningsfall bland män och kvinnor, i relation till totala antalet sjukpenningdagar.
- Beskriva andelen kvinnor och män med korta sjukskrivningsfall, vid olika totalt antal sjukpenningdagar, som under de kommande åren inte har några sjukpenningdagar.
- Beskriva andelen kvinnor och män med korta sjukskrivningsfall, vid olika totalt antal sjukpenningdagar, som under de kommande åren fått sjuk- och aktivitetsersättning.
- Analysera samband mellan antal korta sjukskrivningsfall och risk för framtida sjuk- eller aktivitetsersättning bland kvinnor och män, då hänsyn tas till det totala antalet sjukpenningdagar, ålder, tidigare vårdtid inom slutenvården och förekomst av sjukskrivning längre tillbaks i tiden.

## Material och metod

En prospektiv kohortstudie har genomförts. I kohorten ingår alla de 4 653 312 personer som 31/12 1994: var folkbokförda i Sverige, var 20–64 år gamla och inte hade sjukbidrag eller förtidspension (under sex månader eller mer 1995) eller inte hade inkomst från ålderspension som översteg halva disponibla inkomsten det året. Personerna har följts framåt vad avser sjukfrånvaro, sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension respektive sjukbidrag), ålderspension, emigration respektive död. Data om samtliga individer i kohorten har inhämtats för åren 1990–2009 från Statistiska Centralbyrån (LISA-databasen), Socialstyrelsen (Slutenvårdsregistret och Dödsorsaksregistret) samt Försäkringskassan (MIDAS-databasen).

Följande variabler har använts i analyserna.

*Korta sjukskrivningsfall* har definierats som nya sjukskrivningsfall som varat högst 21 dagar och där åtminstone en dag ersatts av Försäkringskassan. Från MIDAS-databasen har information om startdatum och slutdatum för alla sjukskrivningsfall som startade under 1994 och 1995 sammanställts och antal sjukskrivningsfall som varat högst 21 dagar noterats för varje person i kohorten. Vanligen har de första 14 dagarna i dessa sjukskrivningsfall ersatts via sjuklön av arbetsgivaren. Där uppehållet mellan två sjukskrivningsfall varit mindre än en vecka har dessa slagits ihop till ett fall, mellanliggande dagar som ej ersatts med sjukpenning har då inte medräknats i antalet dagar.

Samtliga nya sjukskrivningsfall följdes till de varat 22 dagar, även om fallet gick över årsgränsen 1995/1996. Det innebär att ett sjukskrivningsfall som t.ex. började den 27/12 1995 och varade till 7/1 1996 har räknats som ett kort sjukskrivningsfall. Det sammanlagda antalet nya korta sjukskrivningsfall under de två åren 1994–1995 har kategoriserats i följande sju grupper: 0, 1, 2, 3, 4, 5 respektive 6 eller fler korta sjukskrivningsfall. I vissa analyser har följande fyra grupper använts 0, 1, 2 respektive 3 eller flera sjukskrivningsfall. Motivet till att välja en tvåårsperiod var att få ett större antal korta sjukskrivningsfall som ersatts av Försäkringskassan, eftersom upprepad korttidsfrånvaro inte var så frekvent förekommande.

I denna typ av studier måste hänsyn tas till möjligheten att vara korttidssjukskriven. En person som har ett långt sjukskrivningsfall kan inte samtidigt ha ett kort, det vill säga är inte ”at risk” för att ha ett kort sjukskrivningsfall. Det finns olika sätt att hantera detta i analyser (17–20). Vi har här valt att relatera antalet korta sjukskrivningsfall till *det sammanlagda antalet ersatta sjukpenningdagar* under 1994–1995 (inkluderande de dagar från sjuklöneperioden som föregått Försäkringskassan utbetalningar). Dessa dagar har kategoriserats i följande sex grupper: 0, 1–21, 22–75, 76–165, 166–365, respektive 366–730 dagar.

Antalet nya korta sjukskrivningsfall är ett incidensmått, det vill säga ett mått på nya sjukskrivningsfall under tvåårsperioden. I det totala antalet sjukskrivningsdagar har istället ett prevalensmått använts, det vill säga alla dagar i sjukskrivningsfall som ersatts av Försäkringskassan under tvåårsperioden omfattas, även dagar ur sjukskrivningsfall som påbörjades före årsskiftet 1993/1994 och som fortsatt in i perioden 1994–1995. Endast de dagar under sjukskrivningsfallet som var under 1994/1995 har dock medräknats.

*Ålder* år 1995 har kategoriserats i två grupper, de under 50 år och de från 50 år och uppåt. I regressionsanalyserna har ålder hanterats som en kontinuerlig variabel från 50 år och uppåt, medan personer under 50 år förts samman till en grupp.

Motsvarande analyser har även gjorts för kohorterna av personerna som uppfyllde samma inklusionskriterier år 2000 respektive år 2005, det vill säga, som respektive år var 16–64 år gamla, folkbokförda i Sverige och inte hade ålderspension eller sjuk- eller aktivitetsersättning större delen av kohortens startår. Deras sjukfrånvaromönster (antal korta sjukskrivningsfall och antal sjukpenningdagar

under 1999–2000 respektive 2004–2005) relaterades till andel med sjuk- och aktivitetsersättning respektive med andel utan några sjukpenningdagar för var och ett av de tre kommande åren (det vill säga för kohorten 1995: 1996, 1997 och 1998; för kohorten 2000: 2001, 2002 och 2003 respektive för kohorten 2005: 2006, 2007 och 2008).

Att inte ha några sjukpenningdagar under ett år kan bero på att man fått sjuk- eller aktivitetsersättning eller att man blivit ålderspensionerad. När förekomst av framtida sjukskrivning studeras, särskiljs de med sjuk- och aktivitetsersättning och ålderspension från övriga utan sjukskrivning.

Sjukdom ger i sig inte rätt till sjukpenning eller sjuk- och aktivitetsersättning; sjukdomen eller skadan måste också ha lett till nedsatt arbetsförmåga (8, 16). Sjukdom eller skada är dock en av de två förutsättningarna, ett av rekvisiten, för att få ersättning från sjukförsäkringen. Att få information om sjuklighet, om sjuklighetens allvarlighetsgrad<sup>1</sup> och om hur den påverkar arbetsförmåga generellt för personerna i en befolkning är svårt, för att inte säga omöjligt (21–23). I detta projekt har vi dock provat att använda ett mått på sjuklighet, nämligen att ha legat inne på sjukhus, och kallat detta mått för vårdtid. Vi har i dessa analyser tagit med alla typer av sådan vårdtid, med undantag av den vårdtid som beror på normal förlossning, samtliga z-koder samt vissa perinatale tillstånd.

*Vårdtid* har mätts som totala antalet dagar vårdad på sjukhus under de sex åren 1990–1995, det vill säga före och under den tid exponeringen, sjukfrånvaron, mättes. Vårdtiden har i regressionsanalysen kategoriserats i fyra grupper: 0 dagar, 1–5, 6–10 respektive 11 eller fler dagar.

Ett annat sätt att mäta sjuklighet är att använda data om sjukfrånvaro (21). Även detta har många begränsningar – den största delen av sjukligheten resulterar inte i sjukfrånvaro (24). Det finns dock ett starkt samband mellan att ha haft sjukfrånvaro ett år och att ha det ett kommande år, varför vi justerat resultaten utifrån förekomst av *tidigare sjukfrånvaro* under året 1993. Avsikten har varit att ge en bild av individens sjukfrånvarohistorik före den period som varit i fokus för analysen, nämligen 1994–1995. Sjukfrånvaro under 1993 kategoriserades i två grupper: 0 respektive en eller flera sjukpenningdagar ersatta av Försäkringskassan.

I *analysen* kopplades först antalet korta sjukfall och totala antalet sjukpenningdagar 1994–1995 samman med uppgifter om efterkommande år utan sjukpenningdagar respektive att ha fått sjuk- eller aktivitetsersättning under åren 1996, 1997 och 1998. Därefter analyserades samband mellan korta sjukfall och totala antalet sjukpenningdagar under 1994–1995 och risk för sjuk- och aktivitetsersättning under de kommande 14 åren (1996–2009). Individerna följs här ända fram till 2009. I analyserna har riskestimaten justerats stegvis, i olika modeller, för ålder, vårdtid och förekomst av sjukskrivning under 1993. Referenskategori i regressionerna är de kvinnor respektive män som inte haft någon sjukskrivning alls ersatt av Försäkringskassan under 1994–1995. Varje individ bidrog med persontid i analyserna fram till sjuk- och aktivitetsersättning, emigration, ålderspension, död, eller till uppföljningstidens slut.

Utifrån de ekvationer som utnyttjats i regressionsanalyserna har också så kallade överlevnads-kurvor beräknats vad gäller framtida risk för sjuk- och aktivitetsersättning (25, 26).

---

<sup>1</sup> När man talar om en sjukdoms allvarlighetsgrad avses vanligen i vilken utsträckning sjukdomen är livshotande. Det finns dock inte alltid, eller ens ofta, en koppling mellan om en sjukdom är livshotande och om den leder till nedsättning av funktion eller av arbetsförmåga. Sjukdomar som påverkar funktion och arbetsförmåga behöver i denna bemärkelse inte vara allvarliga – de flesta sjukdomar som ligger bakom sjukfrånvaro är inte de som oftast leder till död.

## Resultat

Det var ovanligt att en person hade flera nya korta sjukskrivningsfall (<22 dagar) under tvåårsperioden 1994–1995, vilket framgår av tabell 1 och 2. I tabellerna visas antalet kvinnor respektive män som hade ett visst antal korta sjukskrivningsfall (ett, två, tre och så vidare). Till exempel fanns det 3 490 kvinnor och 3 708 män som hade sex eller flera sådana korta sjukskrivningsfall. Den absoluta majoriteten hade inga korta sjukskrivningsfall alls, definierat på detta sätt, och inte heller några sjukpenningdagar alls under de två åren. Av de 57 791 kvinnor som hade mellan 166–365 sjukpenningdagar under de två åren hade 17 procent ett kort sjukskrivningsfall och bara fem procent två sådana.

Kvinnor hade fler sjukpenningdagar än män. De hade också procentuellt något fler korta sjukskrivningsfall, vilket indikerar könsskillnader i sjukskrivningsmönstren. Detta observeras lättats i sifferserierna i den första kolumnen i nedre delarna av tabellerna 1 och 2, där andelarna är något lägre för kvinnor än för män. Korta sjukskrivningsfall utgjorde ett något större inslag för kvinnor än män.

Ungefär en fjärdedel av de som haft mellan 22 och 365 sjukpenningdagar under de två åren hade haft något kort sjukskrivningsfall. (Siffrorna varierar något från grupp till grupp, men är ungefär av denna storleksordning.) Ungefär en tiondel av de som haft mellan 22 och 365 sjukpenningdagar hade två eller fler korta sjukskrivningsfall.

Det kan synas märkligt att det fanns personer som haft mellan 1–21 sjukpenningdagar, men inte hade några nya korta sjukskrivningsfall under de två åren. Det beror på att antalet sjukpenningfall är en siffra på de sjukpenningfall som påbörjades under tvåårsperioden 1994/1995. De 10 854 kvinnor som enligt tabell 1 hade 1–21 sjukpenningdagar under de åren (ett prevalensmått) kan antingen ha haft dessa dagar i ett sjukskrivningsfall som påbörjades före 1994 och fortsatte in i januari 1994 med 1–21 dagar och/eller ha haft ett sjukskrivningsfall som påbörjades i december 1995 och gick över årsskiftet och fortsatte under 1996 och blev längre än 21 dagar, det vill säga, blev ett långt fall.

**Tabell 1.** Antal kvinnor med korta sjukskrivningsfall (<22 dagar), redovisat efter det totala antalet sjukpenningdagar kvinnorna haft under 1994–1995. Därunder presenteras motsvarande *andelar (%)* av kvinnorna med olika antal korta sjukskrivningsfall relaterat till antal sjukpenningdagar under de två åren.

Sjukpenningdagar 1994–95	Antal korta sjukskrivningsfall (<22 dagar) som påbörjades 1994–1995							Total
	0	1	2	3	4	5	6–	
0 dagar	1 695 291	0	0	0	0	0	0	1 695 291
1–21 dagar	10 854	121 460	14 712	3 891	773	191	87	151 968
22–75 dagar	162 790	26 814	13 817	5 084	2 976	1 541	1 648	214 670
76–165 dagar	65 628	17 077	5 066	1 964	1 023	615	1 146	92 519
166–365 dagar	42 904	9 839	2 760	980	524	259	525	57 791
366–730 dagar	51 364	4 434	901	278	110	56	84	57 227
<b>Totalt</b>	<b>2 028 831</b>	<b>179 624</b>	<b>37 256</b>	<b>12 197</b>	<b>5 406</b>	<b>2 662</b>	<b>3 490</b>	<b>2 269 466</b>
	0	1	2	3	4	5	6–	Total %
0 dagar	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100
1–21 dagar	7 %	80 %	10 %	3 %	1 %	0 %	0 %	100
22–75 dagar	76 %	12 %	6 %	2 %	1 %	1 %	1 %	100
76–165 dagar	71 %	18 %	5 %	2 %	1 %	1 %	1 %	100
166–365 dagar	74 %	17 %	5 %	2 %	1 %	0 %	1 %	100
366–730 dagar	90 %	8 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100
<b>Totalt</b>	<b>89%</b>	<b>8%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100</b>

**Tabell 2.** Antal män med olika antal korta sjukskrivningsfall (<22 dagar) redovisat efter det totala antalet sjukpenningdagar männen haft under de två åren 1994–1995. Därunder presenteras motsvarande *andel (%)* män med olika antal korta sjukskrivningsfall relaterat till antal sjukpenningdagar under de två åren.

Sjukpenningdagar 1994–95	Antal korta sjukskrivningsfall (<22 dagar)							Total, antal män
	0	1	2	3	4	5	6–	
0 dagar	1 962 979	0	0	0	0	0	0	1 962 979
1–21 dagar	9 203	91 749	10 067	3 080	302	54	39	114 494
22–75 dagar	121 520	16 062	9 093	3 609	2 786	1 586	1 893	156 549
76–165 dagar	46 020	9 469	2 876	1 248	770	491	1 182	62 056
166–365 dagar	33 964	6 221	1 733	781	374	262	515	43 850
366–730 dagar	39 647	3 063	697	233	136	63	79	43 918
<b>Totalt</b>	<b>2 213 333</b>	<b>126 564</b>	<b>24 466</b>	<b>8 951</b>	<b>4 368</b>	<b>2 456</b>	<b>3 708</b>	<b>2 383 846</b>
	0	1	2	3	4	5	6–	Total %
0 dagar	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100
1–21 dagar	8 %	80 %	9 %	3 %	0 %	0 %	0 %	100
22–75 dagar	78 %	10 %	6 %	2 %	2 %	1 %	1 %	100
76–165 dagar	74 %	15 %	5 %	2 %	1 %	1 %	2 %	100
166–365 dagar	77 %	14 %	4 %	2 %	1 %	1 %	1 %	100
366–730 dagar	90 %	7 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	100
<b>Totalt</b>	<b>93%</b>	<b>5%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100</b>



## Sjukersättning 1996–1998 för kvinnor och män med korta sjukfall och lång sjukskrivningstid 1994–95

I det följande redovisas utveckling av situationen under tre år framåt för kvinnor och män med olika antal korta sjukskrivningsfall respektive sjukpenningdagar under åren 1994–1995. Utgångspunkten är de grupper som redovisats i tabell 1 och 2, vilka nu följs i termer av framtida sjuk- och aktivitetsersättning och framtida sjukskrivning under åren 1996, 1997 och 1998 (27).

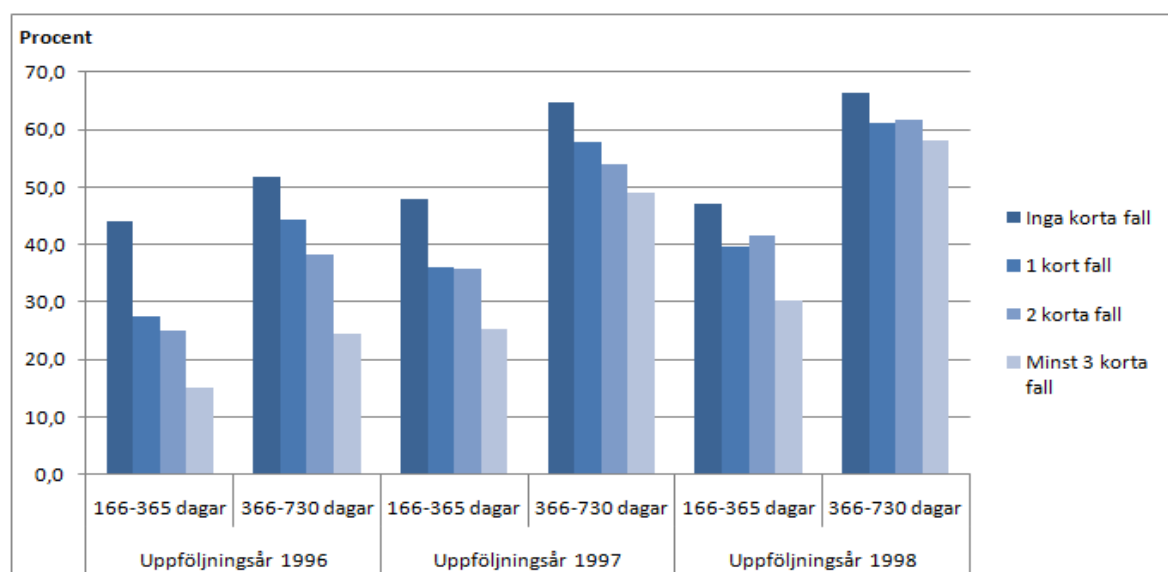
Det totala antalet sjukpenningdagar och antalet korta sjukskrivningsfall kan kombinerats på alla de sätt som redovisades i tabell 1 och 2. För att underlätta presentationen redovisas i de kommande figurerna inte utvecklingen för alla tänkbara kombinationer, utan endast för ytterlighetsfallen – dessa har markerats med grått i tabell 1 och 2. Det innebär att fokus är på de där det totala antalet sjukpenningdagar är stort (166 eller fler sjukpenningdagar) respektive de där antalet är förhållandevis lågt.

Personerna med 166 eller fler sjukpenningdagar under 1994/1995 har följts avseende andelen som fått sjuk- och aktivitetsersättning under var och ett av åren 1996, 1997 respektive 1998. I figurerna redovisas andelarna uppdelade efter dels totala antalet sjukpenningdagar under 1994–1995, dels antalet korta sjukskrivningsfall under dessa år. Eftersom ålder påverkar risken för sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning redovisas resultaten dels för de som 1995 var 50 år eller äldre dels för de som var 49 år eller yngre (figur 1–4).

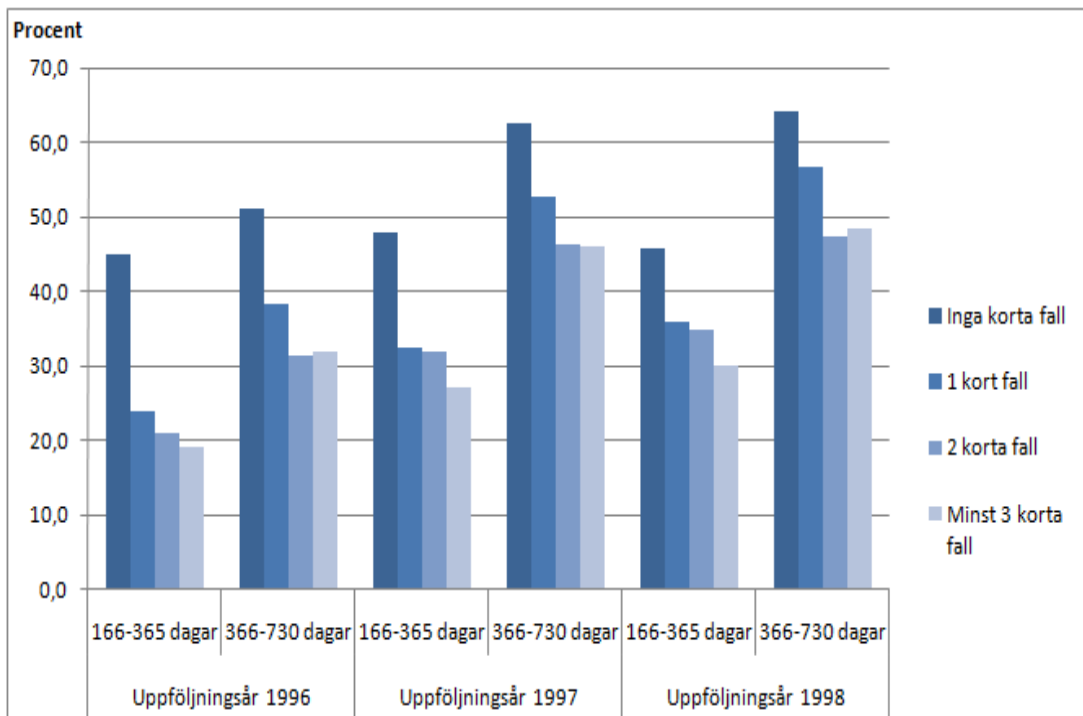
Resultaten visar på tydliga tendenser. Individer med inslag av korta sjuksjukskrivningsfall i kombination med ett totalt sett *stort* antal sammanlagda sjukpenningdagar hade *lägre risk* för framtida sjuk- och aktivitetsersättning, det vill säga ju fler korta sjukskrivningsfall desto lägre risk (figur 1–4).

Resultaten var snarlika för kvinnor och män. Möjligen kan man ana att inslagen av korta sjukskrivningsfall i vissa sammanhang gav tydligare genomslag för kvinnorna än för männen. Detta framgår av att andelarna för kvinnornas del ordnar sig något mer systematiskt efter antal korta sjukskrivningsfall.

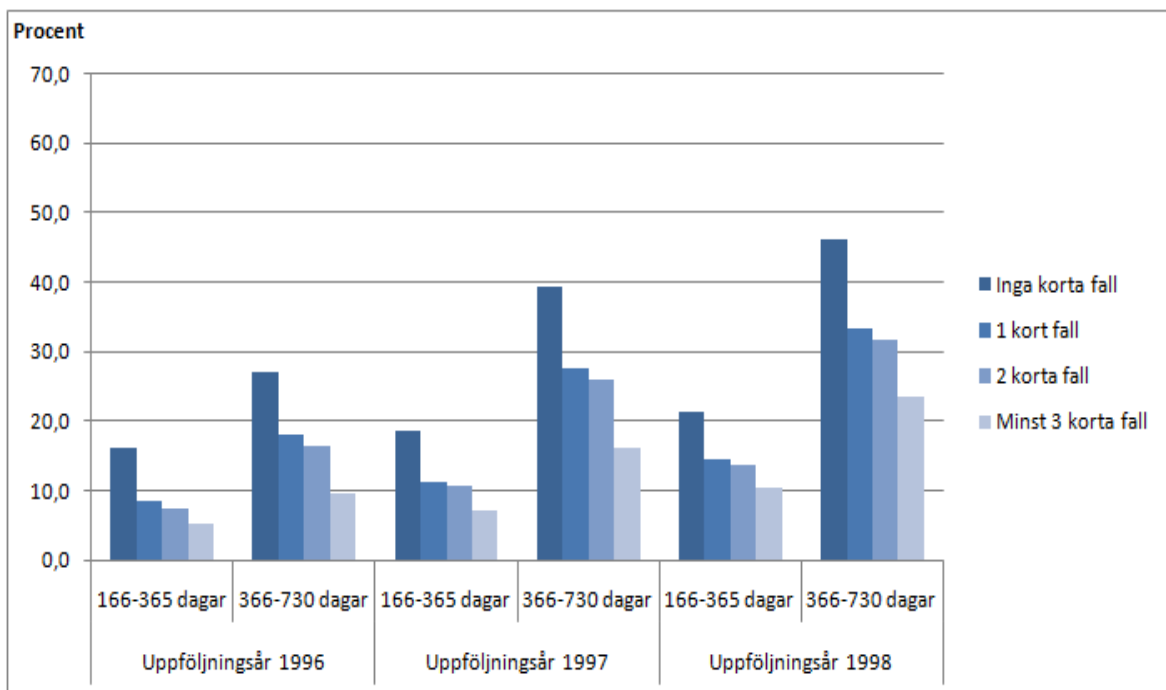
Det finns inte några markanta skillnader mellan 50-åringarna och de under 50 år utom att andelarna som fått sjuk- och aktivitetsersättning genomgående var avsevärt lägre. Kombinationen av ett stort totalt antal sjukpenningdagar och många korta sjukskrivningsfall innebar en lägre risk för både de som var över och under 50 år.



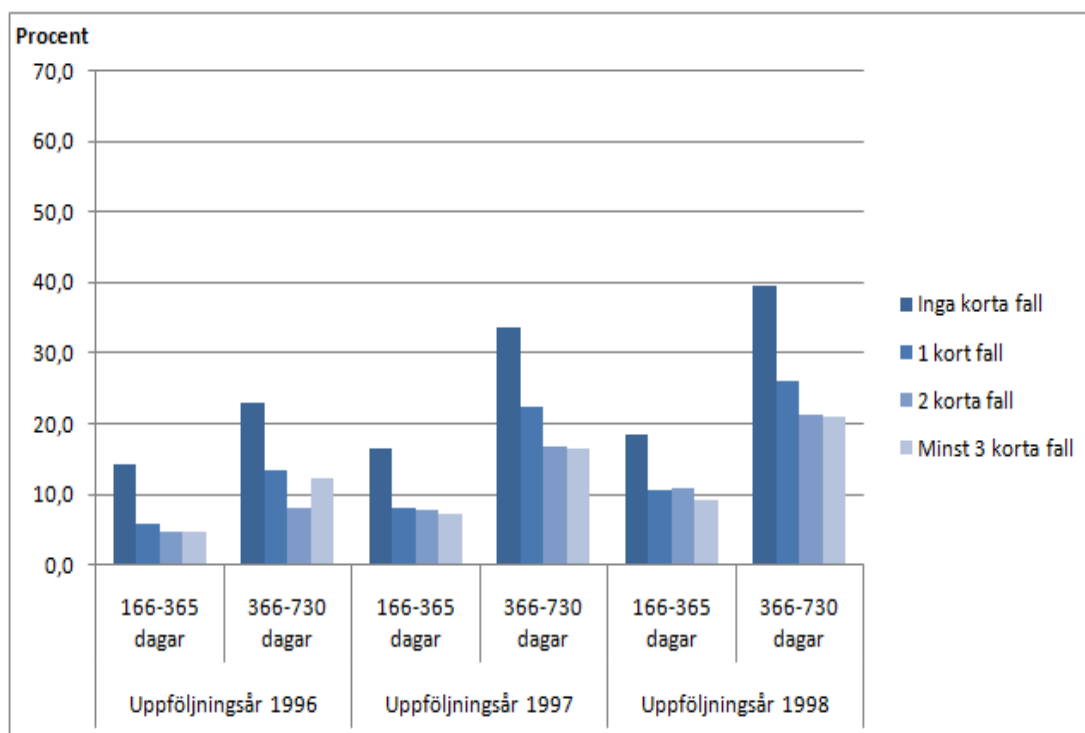
**Figur 1.** Andel av kvinnorna och männen med ett stort antal sjukpenningdagar och olika antal korta sjukskrivningsfall 1994–1995 som fått sjuk- eller aktivitetsersättning 1996, 1997 respektive 1999. Kvinnor 50 år eller äldre.



**Figur 2.** Andel av kvinnorna och männen med ett stort antal sjukpenningdagar och olika antal korta sjukskrivningsfall 1994–1995 som fått sjuk- eller aktivitetsersättning 1996, 1997 respektive 1999. Mån 50 år eller äldre.



**Figur 3.** Andel av kvinnorna med ett stort antal sjukpenningdagar och olika antal korta sjukskrivningsfall 1994–1995 som fått sjuk- eller aktivitetsersättning 1996, 1997 respektive 1999. Kvinnor 20–49 år.



**Figur 4.** Andel av männen med ett stort antal sjukpenningdagar och olika antal korta sjukskrivningsfall 1994–1995 som fått sjuk- eller aktivitetsersättning 1996, 1997 respektive 1998. Män 20–49 år.

### **Kvinnor och män utan sjukpenningdagar 1996–1998 med korta sjukfall och begränsad total sjukskrivningstid 1994–95**

De med mer begränsad total sjukskrivningstid (1–21 dagar respektive 22–75 dagar) följs i fråga om det omvända utfallet, det vill säga om de inte haft några ersatta sjukpenningdagar under de tre uppföljningsåren. (figur 5–8). Redovisningen är också i detta sammanhang uppdelad efter dels antalet sjukpenningdagar totalt under åren 1994–1995, dels antalet korta sjukskrivningsfall under samma tid.<sup>2</sup>

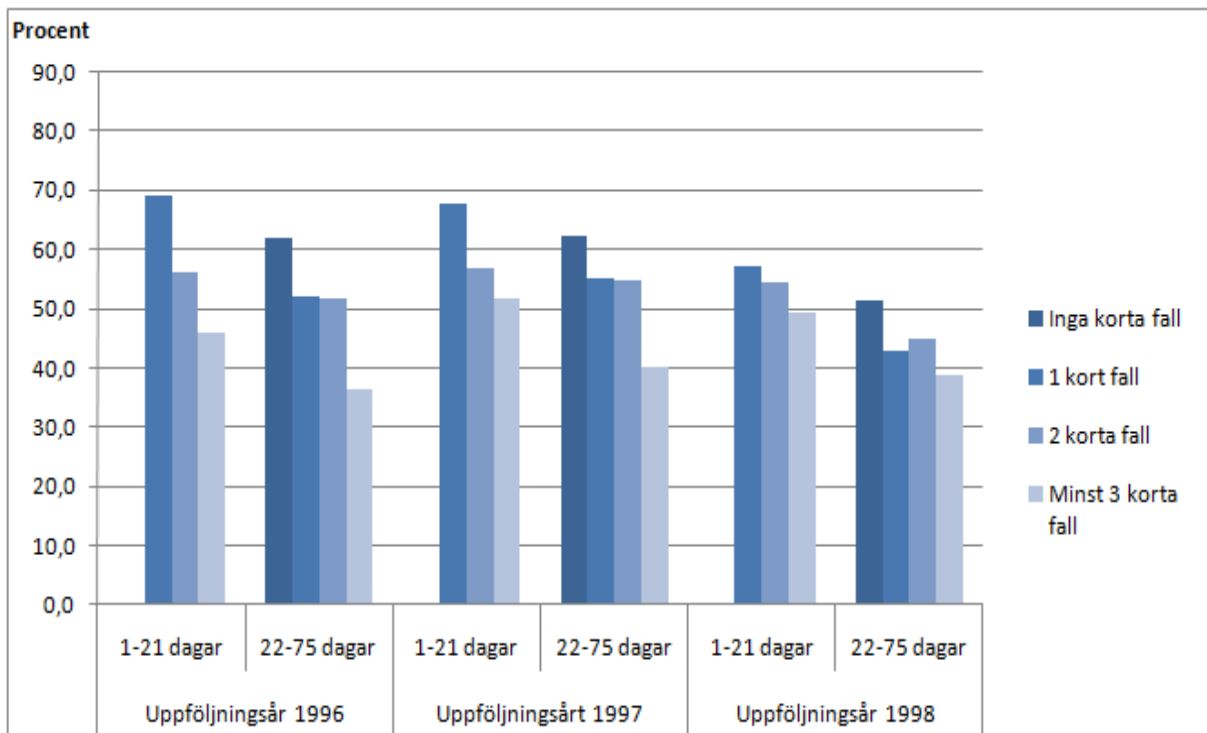
Eftersom ålder påverkar risken för sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning redovisas även här resultaten dels för de som 1995 var 50 år eller äldre dels för de som var 49 år eller yngre.

Det framkommer att individer med inslag av korta sjukskrivningsfall i kombination med en totalt sett kort sammanlagd sjukskrivningstid hade *högre risk* för framtida sjukskrivning (eller här egentligen lägre risk för att inte ha sjukpenningdagar – figur 5–8).

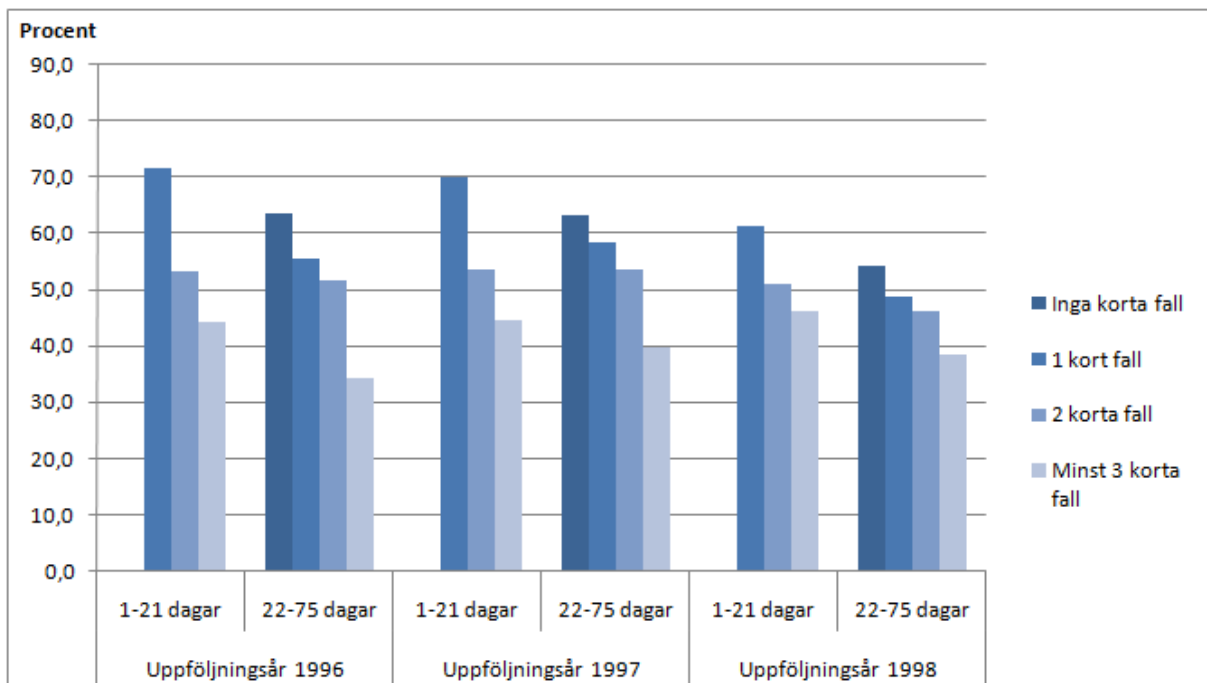
Resultaten var snarlika för kvinnor och män. Möjligen kan man ana att inslagen av korta sjukskrivningsfall i vissa sammanhang gav tydligare genomslag för kvinnorna än för männen. Detta framgår av att andelarna för kvinnornas del ordnar sig något mer systematiskt efter antal korta sjukskrivningsfall.

Motsvarande bearbetningar har också gjorts för motsvarande kohorter av samtliga personer som bodde i Sverige år 2000 respektive 2005, och med deras motsvarande sjukfrånvaro under åren 1999/2000 respektive 2004/2005 som utgångspunkt. Resultaten var mycket likartade vad gäller andel som fick sjuk- och aktivitetsersättning respektive inte hade sjukpenningdagar under de tre kommande åren. Av utrymmesskäl har dessa resultat inte redovisats här.

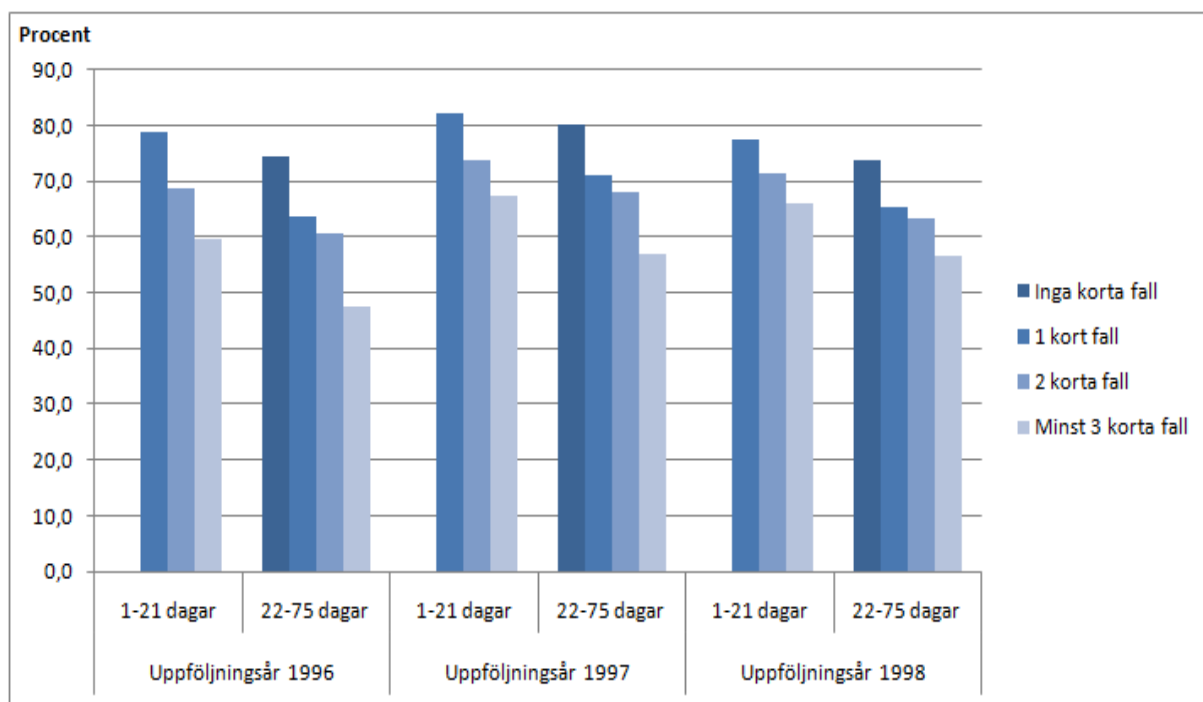
<sup>2</sup> Under perioden 1/1 1997–1/4 1998 var arbetsgivarperioden 28 dagar, jämfört med 14 åren innan och efter. Detta innebär att under år 1997 var gränsen för att hamna i kategorin 0 sjukpenningdagar vidare än de övriga åren.



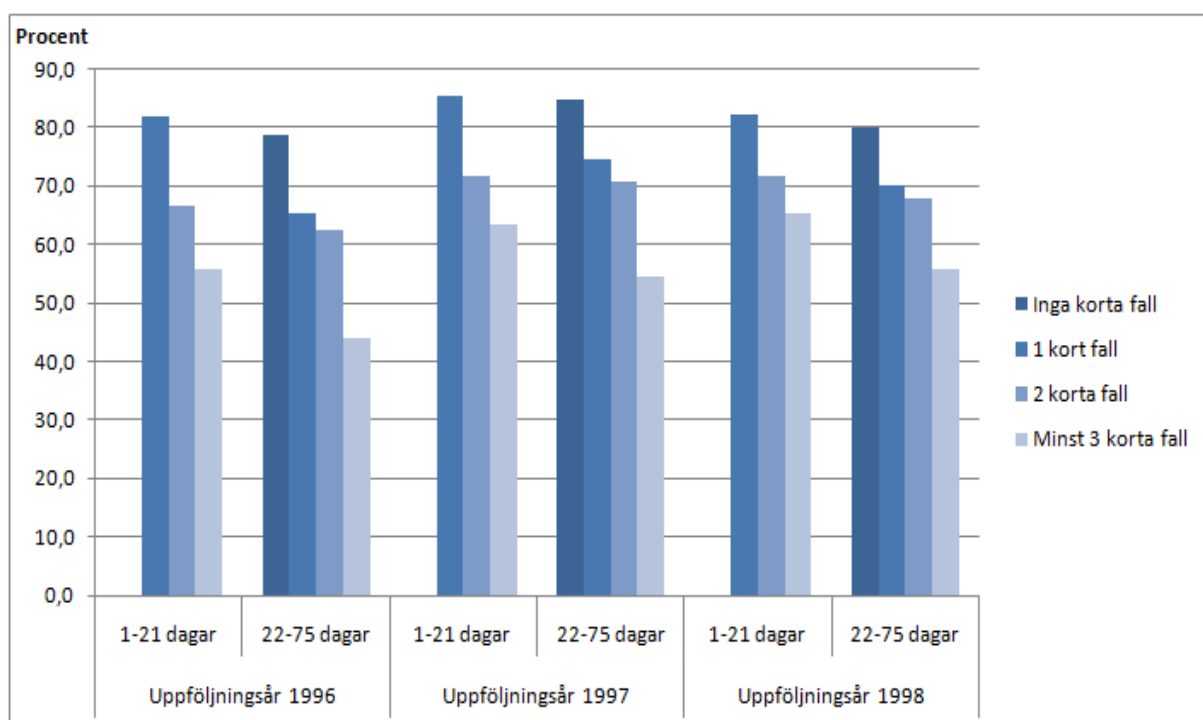
**Figur 5.** Andel av kvinnorna med få sjukpenningdagar och olika antal korta sjukskrivningsfall 1994–1995 som inte hade några sjukpenningdagar under 1996, 1997 respektive 1998. Kvinnor 50 år eller äldre.



**Figur 6.** Andel av männen med få sjukpenningdagar och olika antal korta sjukskrivningsfall 1994–1995 som inte hade några sjukpenningdagar 1996, 1997 respektive 1998. Män 50 år eller äldre.



**Figur 7.** Andel av kvinnorna med få sjukpenningdagar och olika antal korta sjukskrivningsfall 1994–1995 som inte hade några sjukpenningdagar under 1996, 1997 respektive 1998. Kvinnor 20–49 år.



**Figur 8.** Andel av männen med få sjukpenningdagar och olika antal korta sjukskrivningsfall 1994–1995 som inte hade några sjukpenningdagar 1996, 1997 respektive 1998. Män 20–49 år.

## Risk för sjukersättning 1996–2009

I de fortsatta analyserna har relationen mellan det totala antalet sjukpenningdagar, antal korta sjuk-skrivningsfall och framtida sjuk- och aktivitetsersättning studerats med hjälp av multivariata analyser i form av Cox-regressioner. Nu är alltså fokus enbart på risk för sjuk- och aktivitetsersättning, som följs från 1/1 1995 till och med 2009, det vill säga under 15 år.

I analyserna beräknades riskkvoter för att få sjuk- och aktivitetsersättning först utan kontroll för någon variabel, därefter med hänsyn tagen till ålder och sedan till ålder och vårdtid inom slutenvården. Slutligen beräknades riskkvoter för de i populationen som inte hade några sjukpenningdagar under 1993. I tabell 3 redovisas resultaten i form av relativa hasardrisker; HR med estimat beräknade separat för kvinnor och män. Jämförelsegrupp är de kvinnor respektive män som inte haft några sjukpenningdagar alls under de två åren 1994–1995.

**Tabell 3.** Kombinationer av sjukskrivningstidens totala längd och antalet korta sjukskrivningsfall satt i relation till senare risk för sjuk- och aktivitetsersättning t.o.m 2009. Hazard Ration (HR) och 95% konfidensintervall (KI). Justering för ålder och vårdtid samt hänsyn tagen till sjukskrivning 1993.

Summa sjukpenningdagar 1994–95	Antal korta sjuk-skrivningsfall 1994–95	N	HR (95% KI) utan justering	HR (95% KI) justerat för ålder	HR (95% KI) justerat för ålder och vårdtid	HR (95% KI) för de utan sjukskrivning 1993. Justerat för ålder och vårdtid
<i>Kvinnor</i>						
0	0	695 291	1	1	1	1
1–75 dagar	2 eller fler fall	44 720	2,42 (2,37–2,47)	2,55 (2,50–2,60)	2,46 (2,42–2,51)	2,36 (2,29–2,43)
1–75 dagar	1 fall	148 274	1,93 (1,91–1,95)	1,95 (1,93–1,98)	1,90 (1,88–1,93)	1,84 (1,81–1,87)
1–75 dagar	Inga fall	173 644	2,32 (2,29–2,35)	2,22 (2,19–2,24)	2,13 (2,11–2,16)	2,05 (2,03–2,09)
76–731 dagar	2 eller fler fall	16 291	6,00 (5,86–6,14)	6,35 (6,21–6,50)	5,85 (5,72–5,99)	5,29 (5,07–5,52)
76–731 dagar	1 fall	31 350	6,27 (6,16–6,37)	6,33 (6,23–6,44)	5,83 (5,73–5,93)	5,22 (5,08–5,35)
76–731 dagar	Inga fall	159 896	7,89 (7,82–7,96)	7,63 (7,56–7,69)	7,04 (6,98–7,10)	5,45 (5,38–5,52)
<i>Män</i>						
0	0	1 962 979	1	1	1	1
1–75 dagar	2 eller fler fall	32 509	3,00 (2,93–3,08)	3,05 (2,97–3,12)	2,84 (2,77–2,91)	2,81 (2,71–2,92)
1–75 dagar	1 fall	107 811	2,27 (2,23–2,31)	2,21 (2,17–2,25)	2,05 (2,01–2,08)	1,94 (1,90–1,98)
1–75 dagar	Inga fall	130 723	2,68 (2,64–2,72)	2,48 (2,44–2,51)	2,17 (2,14–2,20)	2,09 (2,05–2,13)
76–731 dagar	2 eller fler fall	11 440	7,99 (7,77–8,23)	8,13 (7,90–8,37)	6,54 (6,35–6,73)	6,35 (6,00–6,72)
76–731 dagar	1 fall	18 753	8,75 (8,56–8,95)	8,34 (8,16–8,43)	6,49 (6,35–6,64)	5,79 (5,59–6,00)
76–731 dagar	Inga fall	119 631	10,62 (10,51–10,72)	9,67 (9,57–9,76)	7,36 (7,28–7,44)	5,86 (5,77–5,96)

Man bör särskilt observera de rader i tabellen där HR redovisas för de kvinnor och män som hade ett stort totalt antal sjukpenningdagar, det vill säga de med 76–730 sjukpenningdagar 1994/1995. Det framgår av tabellen att risken för sjuk- och aktivitetsersättning var lägre för de med många sjukpenningdagar som samtidigt haft flera korta sjukskrivningsfall. Riskskillnaderna tycks vara större för män än för kvinnor. Detta är i linje med de resultat som presenterats tidigare.

För individer med fler korta sjukskrivningsfall och som hade ett mer begränsat antal sjukpenningdagar (1–75 dagar) var bilden den omvända. Här var risken för framtida sjuk- och aktivitetsersättning högre för dem med fler korta sjukskrivningsfall. Riskskillnaderna tycks också här vara större för män än för kvinnor.

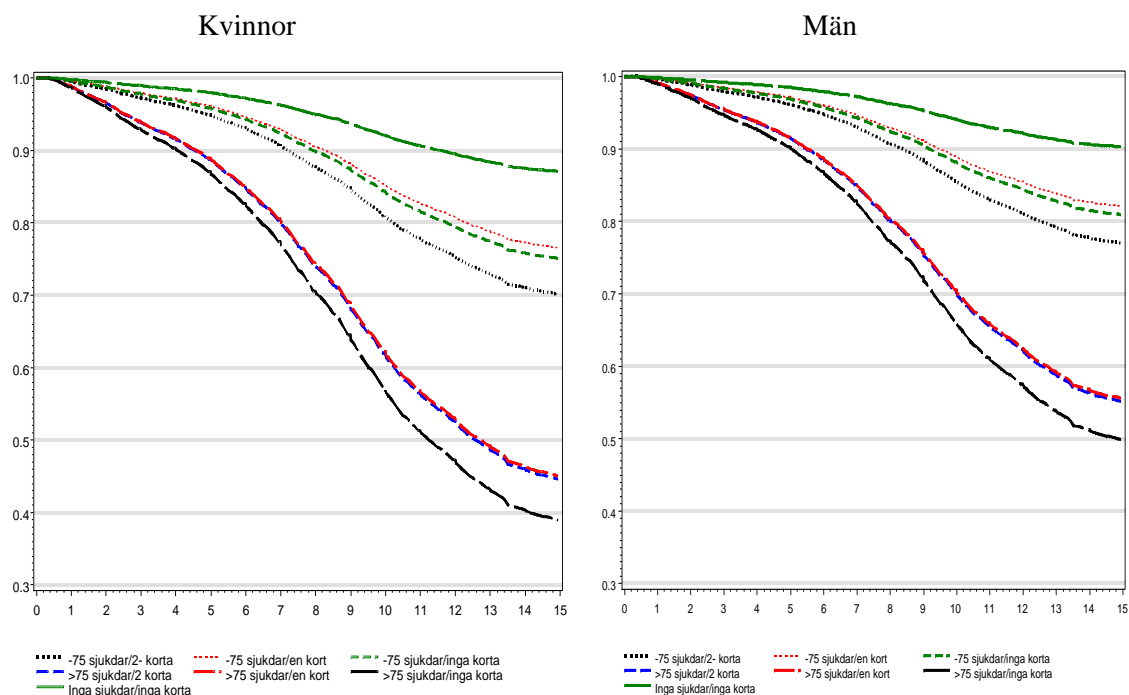
När hänsyn i de statistiska analyserna tas till vårdtiden minskar skillnaderna mellan de med inga, ett eller fler korta sjukskrivningsfall. Detta kan tolkas så att den sjuklighet som slutenvårdsdata återspeglar, förklarar en del av skillnaderna som iakttagits i risken för framtida sjuk- och aktivitetsersättning.

En del skillnader mellan de med olika antal korta sjukskrivningsfall kvarstår dock även sen 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 3 är sådana 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.

### **Risken för sjuk- och aktivitetsersättning 1996–2009 i förhållande till sjukpenningdagar och antal korta fall**

I figur 9 visas 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, och med utgångspunkt från de regressionsfunktioner som ligger bakom kolumn 6 i analysen i tabell 3. Fördelen med data redovisade på detta sätt är att de tydligare 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.

När den årliga risken för sjukersättning presenteras på detta sätt framgår tydligt att utvecklingen för kvinnor och män med olika sjukskrivningslängd ser likartad ut. Risken för sjukersättning är dock genomgående högre för männen än för kvinnorna.



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 9.** 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.

## Diskussion

Bland personer med många sjukpenningdagar under åren 1994–1995 fanns en grupp med upprepade korta sjukskrivningsfall. För andra var sjukskrivningen mer sammanhållen. Kvinnor hade ett något större inslag av korta sjukskrivningsfall än män.

Dessa skilda mönster visade sig kunna predicera skilda risker för framtida sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning under de följande åren, oberoende av uppföljningstid (ett, två, tre respektive 14 år). Om den sammanlagda sjukskrivningstiden varit lång visade sig inslag av korta sjukskrivningsfall minska risken för framtida sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning, jämfört med om inga korta sjukskrivningsfall förekommit. En tolkning av detta resultat skulle kunna vara att personer med korta sjukskrivningsfall hade lättare för att behålla anknytningen till arbetslivet. Fler korta fall, i motsats till en mer sammanhängande lång sjukskrivning, kanske också innebar större flexibilitet och bättre anpassning till förekommande problem. Det är också möjligt att personer med korta sjukskrivningsfall har andra typer av sjuklighet jämfört med de med längre sammanhållna sjukfrånvaroperioder och jämfört med dem utan sjukfrånvaro.



Ett sätt att i någon mån ta hänsyn till denna typ av hälsoskillnader var att granska tidigare vårdtid på sjukhus. När hänsyn togs till sjukhusvårdtid för åren 1990–95, minskade också skillnaderna i risk högst betydligt mellan de med olika antal korta sjukskrivningsfall (givet lång total sjukskrivningstid).

Om vårdtiden ses som en indikator på sjuklighet, går det att uppfatta en del av de ursprungliga skillnaderna i risk som resultatet av skillnader i sjuklighet. Sjukligheten för de med inslag av korta sjukskrivningsfall kan då sägas se delvis annorlunda ut än för de utan korta sjukskrivningsfall. Som förväntat fångar information om antal dagar i slutenvård bara delvis upp de sjuklighetsskillnader som är av betydelse.

En person behöver inte ha varit allvarligt sjuk eller ens ha varit sjuk för att ha legat på sjukhus. Vårdtiden kan handla om att utreda förekomst av sjukdom eller om en olycka inneburit några skador som bör behandlas. Möjligen finns det könsskillnader i detta

I den fortsatta analysen granskades också förekomst av sjukskrivning före de aktuella startåren 1994/95, alltså år 1993. Skälet till detta är att sjukskrivningshistoriken kan ha sett mycket annorlunda ut för dem med inga, få eller många korta sjukskrivningsfall. När riskberäkningarna gjorts enbart på den grupp som 1993 inte haft några sjukpenningdagar försvann en stor del av de tidigare skillnaderna. Detta talar för att sjukskrivningshistoriken spelat en viktig roll för hur korta sjukskrivningsfall påverkat risken för framtida sjuk- och aktivitetsersättning.

Perspektivet vinner i styrka genom att vi också kunnat se att de korta sjukskrivningsfallen tycks ha gett en omvänd effekt bland de med lågt totalt antal sjukpenningdagar. Risken för framtida sjuk- och aktivitetsersättning var i dessa fall något högre för de med korta sjukskrivningsfall än för de utan. Framför allt var återgången till ett liv helt utan sjukpenningdagar lägre (1996–2009) för denna grupp.

Kvinnor visade sig ha något fler korta sjukskrivningsfall än män, även när den sammanlagda sjukskrivningstiden var densamma. Skillnader i förekomst av korta sjukskrivningsfall visade sig däremot ge större skillnader i risk för framtida sjuk- och aktivitetsersättning för män. När hänsyn tagits till ålder och vårdtid minskade skillnaderna för män men inte för kvinnor. När hänsyn också togs till sjukskrivningshistoriken (i form av sjukskrivning 1993) försvann skillnaderna i framtida sjuk- och aktivitetsersättning för såväl kvinnor som män.

Dessa resultat kan bland annat bero på könsskillnader i sjukdomspanoramata och att den nedsättning av arbetsförmågan sjukligheten medfört hanterats (eller kunnat hanterats) annorlunda för kvinnor och män. Det finns ett flertal skillnader i kvinnors och mäns livssituation, såväl inom arbetslivet som inom privatlivet, som kan påverka deras möjligheter att hantera problem i samband med sjuklighet och nedsatt arbetsförmåga (28–35). Det är fullt möjligt att sådana skillnader spelat in för de skillnader vi iakttagit.

## Referenser

1. Andrén D. Exits from long-term sickness in Sweden. Göteborg: The department of economics, School of economics and commercial law, Göteborg university. 2001.
2. Andrén D. Short-term absenteeism due to sickness: the Swedish experience 1986 – 1991. Göteborg: The department of economics, School of economics and commercial law, Göteborg university. 2001.
3. Andrén D. Work, sickness, earnings, and early exits from the labor market an empirical analysis using Swedish longitudinal data. Göteborg: The department of economics, School of economics and commercial law, Göteborg university, 2001.
4. Bekker MH, Rutte CG, van Rijswijk K. Sickness absence: A gender-focused review. *Psychol Health Med*. 2009 Aug;14(4):405–18.
5. Blank N, Diderichsen F. Short-term and long-term sick-leave in Sweden: relationships with social circumstances, working conditions and gender. *Scand J Soc Med*. 1995 Dec;23(4):265–72.
6. Blank R. Analyzing the length of welfare spells. *Journal of Public Economics*. 1989;39:245–73.
7. Andrén D. Long-term absenteeism due to sickness in Sweden. How long does it take and what happens after? *Eur J Health Econ*. 2007 Mar;8(1):41–50.
8. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
9. Söderberg E, Alexanderson K. Gate-keepers in sickness insurance: a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. *Health and Social Care in the Community*. 2005;13(3): 211–23.
10. Söderberg E. Den försäkringsmedicinska bedömningen i gränssnittet mellan medicin, försäkring och arbetsliv. In: Haglund BJA, editor. *Försäkringsmedicin – i gränssnittet mellan medicin och försäkring* Stockholm: Socialmedicinsk tidsskrift; 2009. p. 497–502.
11. Söderberg E, Thomsson H. Att ta tillvara förmåga trots begränsning – intervention med case management metodik. In: Haglund BJA, editor. *Försäkringsmedicin – i gränssnittet mellan medicin och försäkring*. Stockholm: Socialmedicinsk tidsskrift; 2009. p. 548–55.
12. 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.
13. Riksförsäkringsverket. *Försäkringsmedicin*. Stockholm: Försäkringskassaförbundet; 1994.
14. Henrekson M, Lantto K, Persson M. *Bruk och missbruk av sjukförsäkringen*. Stockholm: SNS Förlag; 1992.
15. Blank N, Diderichsen F. Short-term and long-term sick-leave in Sweden: relationships with social circumstances, work conditions and gender. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1995;23:265–72.
16. *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis*. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU)167. 2003.
17. 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.
18. Hensing G. The measurements of sickness absence – a theoretical perspective. *Norsk Epidemiologi*. 2009;19(2):147–51.
19. 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.

20. 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.
21. Alexanderson K. Hälsoindikatorer för kvinnor i arbetslivet. In: Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. *Yrkesverksamma kvinnors hälsa*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 1999.
22. Kivimaki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2003 Aug 16;327(7411):364.
23. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 1995 Apr;49(2):124–30.
24. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence, an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59:450–4.
25. Cox D. Regression Models and Life-Tables. *Journal of Royal Statistical Society*. 1972;B 34:187–220.
26. Cox D, Oakes D. *Analysis of Survival Data*. London: Chapman and Hall; 1990.
27. Wadensjö E. Disability pension of older workers in Sweden – A comparison of studies based on times-series and cross-section data. Stockholm: Institutet för social forskning, Stockholms universitet. 1985.
28. Parsons D. Disability insurance and male labor force participation: A response to Haveman and Wolfe. *Journal of Political Economy* 1984;92:542–49.
29. 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](http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou2000_121b.pdf).
30. Alexanderson K. Den könssegregerade arbetsmarknaden – samband med sjukdom. Den könsuppdelade arbetsmarknaden: Statens offentliga utredningar, SOU; 2004. p. 421–32.
31. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
32. 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.
33. Mastekaasa A. Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Soc Sci Med*. 2005 May;60(10):2261–72.
34. Lidwall U. Kvinnor, män och sjukfrånvaro. *Kunskpasöversikt: RFV*. 2000.
35. Lidwall U. *Long-Term Sickness Absence. Aspects of Society, Work, and Family*. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.



[www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)



**Karolinska  
Institutet**