

4-5

Delrapport 4 och 5 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro

Sjukskrivning respektive sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död

Två rapporter

Christina Lindholm, med flera

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Förord

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

I denna 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

Kristina Alexanderson

Professor

Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap

Karolinska Institutet

171 77 Stockholm

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

Delrapport 1

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

Delrapport 2

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

Delrapport 3

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

Delrapport 4

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

Delrapport 5

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

Delrapport 6

Jansson C, Alexanderson K: Innebär sjukskrivning i 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

Här presenteras resultat från projekt i två olika delrapporter

Delrapport 4

Lindholm C, Ringbäck Weitoft G, Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Alexanderson K: **Sjukskrivning och risk för förtida död bland kvinnor och män**

Sid 3

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**

Sid 25

Sjukskrivning och risk för förtida död bland kvinnor och män

Christina Lindholm
Gunilla Ringbäck Weitoft
Ellenor Mittendorfer Rutz
Linnea Kjeldgård
Kristina Alexanderson

Delrapport 4 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro

Sektionen för försäkringsmedicin
Karolinska Institutet

www.ki.se/im

Innehåll

Sammanfattning.....	5
Inledning.....	6
Syfte och frågeställningar.....	7
Metod	8
Studiepopulation och data.....	8
Variabler	8
Analys	9
Resultat.....	9
Antal sjukpenningdagar, vårddagar och förtida död.....	9
Antal sjukpenningdagar och risk för förtida död	12
Sjukpenningdagar och risk för förtida död i specifika dödsorsaker.....	14
Tumörsjukdomar	14
Cirkulationsorganens sjukdomar	15
Skador och förgiftningar.....	16
Sjukpenningdagar och förtida död vid olika utbildningsnivåer	18
Slutsatser	22
Referenser.....	22

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka samband mellan antal sjukpenningdagar och risken för förtida död – både övergripande och för specifika dödsorsaker bland kvinnor och män, generellt och efter statistiska justeringar för ålder, sociodemografiska faktorer och vårddagar. En kohort av alla personer som den 31/12 1994 var bosatta i Sverige och som 1995 var mellan 20 och 64 år samt inte hade ålders- eller förtidspension (n = 4 669 235; 48,7 procent kvinnor) följdes upp till och med 2006 avseende död. Personerna kategoriserades i fem grupper efter antalet sjukpenningdagar de hade 1995. Flest fanns i gruppen utan sjukpenningdagar, och övriga grupper jämfördes med denna när det gällde utfallet förtida död. En större andel kvinnor hade sjukpenningdagar 1995 och vårddagar 1990-1995 och en större andel av männen avled under uppföljningstiden. Det fanns dock ytterst få könsskillnader i risken för förtida död efter sjukskrivning.

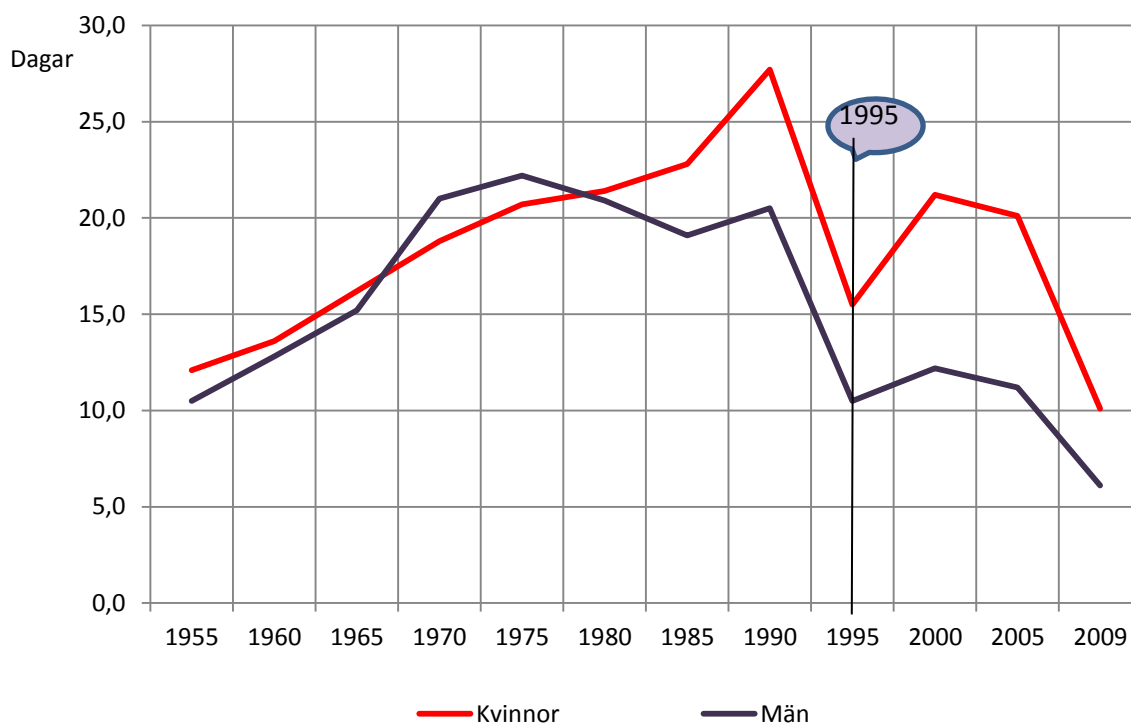
Det fanns en generellt högre risk för förtida död redan bland personer med 1-15 sjukpenningdagar, RR 1,2 bland kvinnor jämfört med dem utan sjukpenningdagar och motsvarande bland män var RR 1,6. Risken ökade därefter med antal sjukpenningdagar till RR 4,4 bland kvinnor och RR 4,6 bland män med 166-365 sjukpenningdagar 1995. Både för kvinnor och män fanns det alltså ett starkt samband mellan antal sjukpenningdagar 1995 och risk för död under uppföljningstidens elva år. Detta samband kvarstod även efter att justering av riskestimaten gjordes för ålder, vårddagar och sociodemografiska faktorer. Den största riskökningen hade de yngsta, 20-34 år. De yngsta hade även högst risk för förtida död vid 166-365 sjukpenningdagar RR 7,5 bland kvinnor och 7,2 bland män.

Detta mönster av ökad relativ risk för förtida död vid ökat antal sjukpenningdagar, även när kontroll skett för vårddagens betydelse, var detsamma för olika dödsorsaker; tumörsjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, självmord och övriga skador. Högst risk för förtida död under uppföljningstiden fanns för självmord, där risken bland kvinnor var 1,5 vid 1-15 sjukpenningdagar och 7,2 vid 166-365 dagar och motsvarande risker bland män var 1,9 respektive 5,1.

Motsvarande mönster med ökad risk för förtida död med ökat antal sjukpenningdagar kunde också ses för var och en av utbildningsnivåerna både bland kvinnor och män. Risken för förtida död ökade dock med högre utbildningsnivå, också det både bland kvinnor och bland män.

Inledning

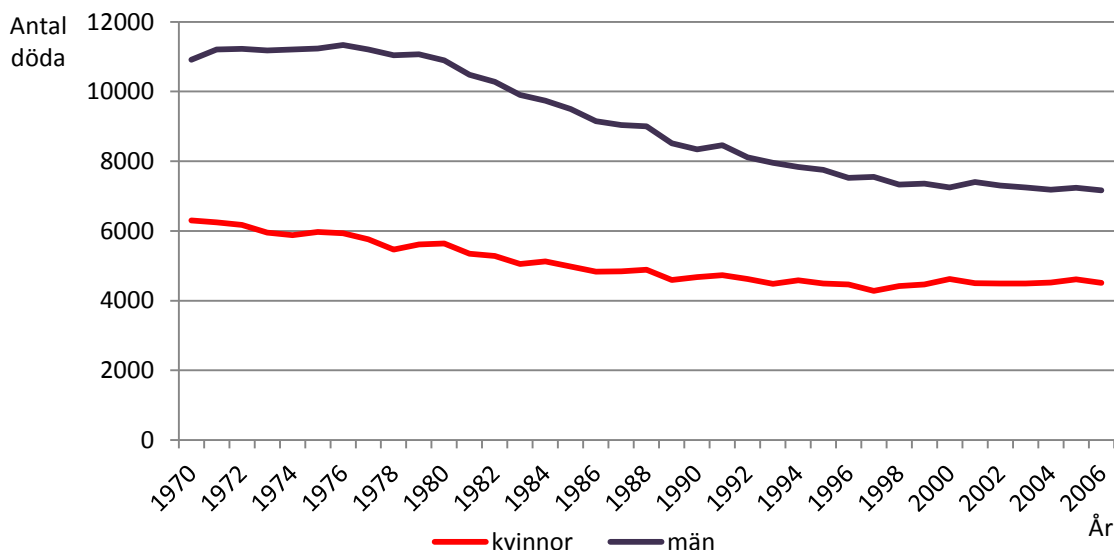
Kvinnor har sedan slutet av 1970-talet haft högre sjuktal än män, det vill säga, högre antal sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad person. I figur 1 visas sjuktalet för vart och ett av åren 1955–2009; så kallade tvärsnittsdata. Dels visar bilden att det har varit stora fluktuationer över åren i sjuktalet, dels att könsskillnaderna varit stora och varierande. I litteraturen finns det många olika förklaringar till denna utveckling och till dessa skillnader (1-8). Denna studie utgår från samtliga personer i Sverige som år 1995 var i yrkesverksamma åldrar. Startåret för denna kohort, utmärkt i figuren, av personer är således ett år då sjukfrånvaron var mycket låg.



Figur 1. Sjuktalet bland kvinnor och män under åren 1955-2009 (Källa: Försäkringskassan¹).

Sjukfrånvaro kan inte ses som ett mått på sjuklighet, däremot som ett mått på sociala konsekvenser av sjuklighet (9-11) i termer av arbetsförmåga. Sjuklighet kan mätas på olika sätt, och enligt ett flertal av dessa mått har större andel av kvinnor sjuklighet än män. Denna högre andel handlar framförallt om sjuklighet som inte leder till död, till exempel värk, urinvägsinfektioner etcetera (12-16). Däremot har män några år kortare medellivslängd än kvinnor och män har högre risk än kvinnor att avlida före 65 års ålder (17-19). I figur 2 visas att skillnaden mellan kvinnor och män i yrkesverksamma åldrar i antal döda per år har minskat från slutet av 1970-talet då skillnaden var cirka 5 400–5 500 döda per år till cirka 2 600–2 700 döda i mitten av 2000-talet. Under denna studies uppföljningsperiod (1996-2006), har dödstalet för kvinnor ökat något från 4 466 döda 1996 till 4 509 år 2006. Bland män har dödstalet i stället minskat från 7 520 döda 1996 till 7 160 år 2006.

¹ En del av nedgången i början av 1990-talet förklaras av att de första 14 dagarna i ett sjukskrivningsfall ersattes av arbetsgivaren, och därför inte registrerades hos Försäkringskassan.



Figur 2. Antal avlidna kvinnor och män i åldrarna 25–64 år, under åren 1970–2006 (Källa: SCB, officiell statistik).

Riksförsäkringsverkets särskilda undersökningar av sjukskrivningar visade att de sjukskrivningsdiagnoser som ökade i omfattning under 1980-talet och som fortsatt har varit den största orsaken till långtidssjukskrivning är rörelseorganens diagnoser fram till 2000-talet (20, 21). Under slutet av 1990-talet har andelen psykiska sjukskrivningsdiagnoser ökat i Sverige såväl som i andra länder och under 2000-talet har psykiska diagnoser blivit den största orsaken till långtidssjukskrivning bland kvinnor (22-24). Bland män är fortfarande rörelseorganens diagnoser den största orsaken även om psykiska diagnoser ökat även bland dem.

Tidigare studier från andra länder har visat att sjukskrivning ökar risken för förtida död, såväl generellt som för orsaksspecifik död såsom suicid, cirkulationsorganens sjukdomar och cancer (25-28). Dessa studier är dock begränsade till vissa yrkesgrupper eller personer i begränsade geografiska områden. En studie av dödlighet bland sjukskrivna i Sverige, baserat på intervjudata av ett urval av befolkningen i Sverige 1981-2000 fann att risken för förtida död ökade med högre antal sjukpenningdagar (6). SBU fastslog 2003 att det finns ett stort behov av fler och större svenska populationsbaserade studier med lång uppföljningstid, för att fördjupa kunskapen om konsekvenser av sjukskrivning (9). Både sjukskrivning och död varierar med ålder och socioekonomiska förhållanden varför sådana faktorer behöver beaktas i studier av samband mellan sjukskrivning och död (9).

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att undersöka samband mellan antal ersatta sjukpenningdagar och förtida död bland kvinnor och män, generellt och för följande fyra specifika dödsorsaker; cirkulationsorganens sjukdomar, tumörsjukdomar, självmord och övriga skador.

Följande frågeställningar undersöktes:

- Finns det samband mellan antal sjukpenningdagar och förtida död generellt?
- Finns det samband mellan antal sjukpenningdagar och förtida död i specifika dödsorsaker?
- Kvarstår sambanden när hänsyn tagits till ålder och vårdtid?
- Finns det samband mellan sjukpenningdagar och förtida död, generellt och orsaksspecifikt, bland kvinnor och män med olika utbildningsnivå?

Metod

Resultaten baseras på prospektiva kohortstudier av hela Sveriges befolkning i arbetsföra åldrar.

Studiepopulation och data

I den studerade kohorten inkluderades alla personer som var folkbokförda i Sverige både den 31/12 1994 och den 31/12 1995 samt under 1995 var mellan 20 och 64 år och inte hade ålderspension eller förtidspension eller sjukbidrag (det som numera heter sjuk- och aktivitetsersättning) (N = 4 669 235, 48,7 procent kvinnor; 2 275 987 kvinnor, 2 393 248 män). Dessa följdes upp 11 år, till och med år 2006, med avseende på död.

Data från följande register användes:

- Statistiska centralbyråns (SCB) register LISA: uppgifter om kön, ålder, födelseland, boenderegion, utbildning, ålderspension, förtidspension, sjukbidrag och antal ersatta dagar med sjukpenning (sjukpenningdagar).
- Socialstyrelsens Patientregister: uppgifter om diagnos och datum för in- och utskrivning från sjukhusvård; så kallad slutenvård.
- Socialstyrelsens dödsorsaksregister: uppgift om dödsorsak och -datum.

Variabler

Följande variabler användes i analyserna:

Antal sjukpenningdagar, här mätt som antal dagar ersatta med sjukpenning från Försäkringskassan under 1995.² Antalet sjukpenningdagar kategoriserades i följande fem grupper: 0 dagar (referensgrupp), 1–15, 16–75, 76–165 och 166–365 dagar.

Vårdtid användes som ett mått på tidigare sjukdom eller sjukdom under exponeringsåret 1995. Vårdtid betyder här det sammanlagda antal dagar en person varit inlagd på sjukhus under de sex åren 1990–1995. Vårdtid i samband med normal förlossning har inte tagits med. Vårdtiden kategoriserades i följande tre grupper: 0 vårddagar, 1–5 samt 6 eller fler vårddagar. I analyserna användes även data om vårdtid för följande tre specifika sjukdomsgrupper: psykiska sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar och tumörsjukdomar³.

Studiegruppen delades in i fyra *åldersgrupper* baserat på individernas ålder under 1995; 20–34, 35–44, 45–54 och 55–64 år.

De sociodemografiska variablerna som användes i analyserna avsåg situationen 1995 och grupperades enligt följande:

² Försäkringskassan betalar för anställda personer, det vill säga de flesta, ut sjukpenning från och med dag 15 i ett sjukskrivningsfall (arbetsgivaren betalar så kallad sjuklön fram till dess). Det finns flera undantag till detta. Ett är arbetslösa personer, för vilka Försäkringskassan ersätter sjukfrånvaron från dag två i ett sjukskrivningsfall. Ett annat är egna företagare, som vanligen har ett betydligt högre antal karensdagar än den enda som är det vanliga för anställda och arbetslösa. Ytterligare ett undantag är att Försäkringskassan ibland betalar från dag ett eller två i ett sjukskrivningsfall för personer som på grund av vissa sjukdomar har många upprepade sjukskrivningsfall. Detta innebär att gruppen med noll sjukpenningdagar kan ha haft kortare sjukskrivningsfall. Det innebär också att för det stora flertalet personer bör 14 dagar läggas till i siffrorna om antal sjukpenningdagar under 1995. Det är även därför vi inte satt gränserna för antal sjukpenningdagar i de olika kategorierna vid 60 respektive 90 dagar, som är det vanliga, för att våra resultat ska vara jämförbara med likande studier. Antalet sjukpenningdagar gäller alla under 1995, även om sjukskrivningsfallet påbörjades tidigare. Det betyder att för en del personer kan sjukskrivningsfall påbörjades långt innan, även flera år innan 1995.

³ Medianvårdtid generellt = 5 dagar, för psykisk sjukdom = 9 dagar; cirkulationsorganens sjukdomar = 5 dagar; tumörsjukdomar = 7 dagar.

Högsta utbildningsnivå kategoriserades i tre grupper: grund-, gymnasie- och eftergymnasial utbildning.

Boenderegion baserades på SCB:s indelning i så kallade H-regioner efter befolkningstäthet. Följande tre kategorier användes: storstad, mellanstor stad och småorter.

Födelseland delades in i fyra grupper: Sverige, övriga Norden, EU utom Norden, övriga världen.

Förtida död innebar död inom uppföljningstiden 1996–2006 och studerades avseende all död, samt specifikt för fyra av de vanligaste dödsorsakerna: cirkulationsorganens sjukdomar (ICD 390-459, I10-I99), tumörsjukdomar och cancer (ICD 140-239, C00-D48), självmord och osäkra självmord (ICD E950-959, E980-989, X60-84, Y10-34) samt övriga skador (E850-869, E880-888, E960-969, X40-X49, W00-W19, X85-Y09).

Analys

Alla analyser genomfördes separat för kvinnor och män. Relativa risker för förtida död beräknades för kvinnor med sjukpenningdagar och med kvinnor utan sjukpenningdagar som jämförelsegrupp. Motsvarande beräkning gjordes för männen.

En deskriptiv analys av antal sjukpenningdagar i olika åldersgrupper, för olika utbildningsbakgrund, boenderegion, födelseland samt antal vård dagar genomfördes. Antal och andel sjukpenningdagar och vård dagar i olika åldersgrupper för kvinnor och män samt antal med förtida död presenteras under resultat. Vi har inte redovisat resultat av signifikanstester då alla skillnader, även de mycket små, med en så stor studiepopulation som denna, är starkt statistiskt signifikanta.

Den relativa risken (RR) och dess 95-procentiga konfidensintervall (KI), för förtida död i dessa grupper beräknades med hjälp av Poissons' regressionsanalyser. Om värdet på RR är 1,0 för en viss grupp finns det ingen över- eller underrisk för förtida död i den gruppen jämfört med referensgruppen. När RR är över 1,0 finns det en högre risk för förtida död i den studerade gruppen jämfört med referensgruppen och när RR understiger 1,0 är det på samma sätt en lägre risk. Av detta framgår att val av referensgrupp får stor betydelse för resultaten. Vi har valt att använda personer som inte hade några sjukpenningdagar under 1995 som referensgrupp.

I beräkningen av relativ risk för förtida död användes flera regressionsmodeller stegvis, där statistisk justering gjordes för ålder, utbildningsnivå, boenderegion, födelseland respektive vårdtid.

Resultat

Resultaten visas först i ett deskriptivt avsnitt vad avser antal och andel kvinnor och män med sjukpenningdagar, vård dagar och som avlidit under studieperioden. Därefter redovisas risken bland kvinnor och män för förtida död generellt och för viss diagnosspecifik död samt de riskestimaten när de justerats för ålder, vårdtid och sociodemografiska faktorer. Till sist presenteras även risken för kvinnor och män med olika utbildningsnivåer.

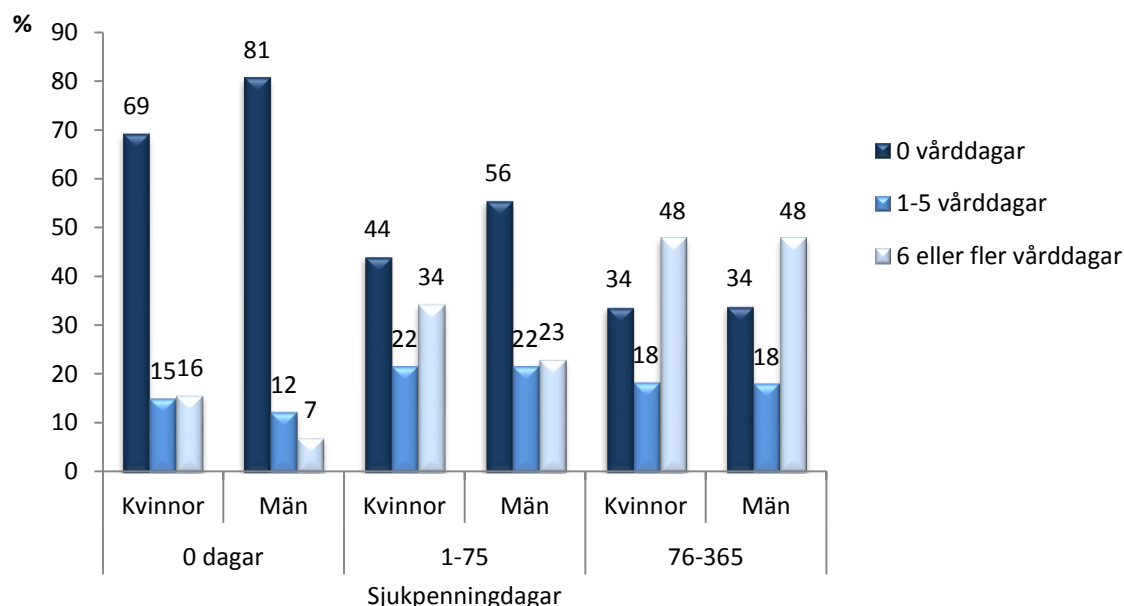
Antal sjukpenningdagar, vård dagar och förtida död

Antal sjukpenningdagar 1995 varierade med ålder både bland kvinnor och män (tabell 1). Andel med sjukpenningdagar var högst bland kvinnorna i samtliga åldersgrupper, med ett undantag: i den äldsta gruppen, 55–64 år, var andelen med 166–365 sjukpenningdagar lika stor (3,0 procent för både kvinnor och män). Könsskillnaderna var störst i den yngsta gruppen samt bland dem med färre än 76 sjukpenningdagar i alla åldersgrupper.

Tabell 1. Antal och andel (%) med olika antal sjukpenningdagar 1995 bland kvinnor och män, indelade i fyra åldersgrupper.

Ålder	Antal och andel (%)				
	0 dagar	1–15 dagar	16–75 dagar	76–165 dagar	166–365 dagar
<i>Kvinnor</i>					
20–34	752 300 (86,2)	54 280 (6,2)	42 205 (4,8)	13 504 (1,5)	10 283 (1,2)
35–44	457 772 (84,0)	33 472 (6,1)	30 560 (5,6)	10 527 (1,9)	12 603 (2,3)
45–54	454 296 (82,7)	32 665 (6,0)	34 291 (6,2)	12 095 (2,2)	16 007 (2,9)
55–64	255 330 (82,6)	17 556 (5,7)	19 238 (6,2)	7 632 (2,5)	9 371 (3,0)
<i>Män</i>					
20–34	843 365 (92,1)	31 831 (3,5)	24 953 (2,7)	7 740 (0,8)	7 906 (0,9)
35–44	508 240 (88,6)	25 435 (4,4)	22 401 (3,9)	7 855 (1,4)	9 966 (1,7)
45–54	515 991 (87,3)	25 693 (4,3)	25 341 (4,3)	9 881 (1,7)	13 899 (2,4)
55–64	267 493 (85,5)	13 924 (4,5)	15 442 (4,9)	6 558 (2,1)	9 334 (3,0)

Den absoluta majoriteten av personer som inte hade någon sjukpenningdag 1995 hade inte heller någon vårdtid under 1995 eller de fem föregående åren (figur 3). En mindre andel av kvinnorna än av männen utan sjukpenningdagar hade inga vård dagar alls (69 kontra 81 procent), medan det bland kvinnor utan sjukpenningdagar fanns en högre andel med fler än fem vård dagar (16 kontra 7 procent). Bland personer med 1–75 sjukpenningdagar hade kvinnor en högre andel med sex eller fler vård dagar. Det fanns ingen könsskillnad i antal vård dagar i den grupp som hade mer än 75 sjukpenningdagar 1995.



Figur 3. Andel (%) kvinnor och män med olika antal vård dagar 1990–1995 grupperat efter antal sjukpenningdagar 1995.

I tabell 2 visas antal och andel kvinnor och män med olika antal vård dagar under de sex åren 1990–1995, uppdelat i olika åldersgrupper. Största könsskillnaderna i vårdtid fanns i den yngsta åldersgruppen, 20–34 år, trots att normal förlossningsvård inte ingår. Det fanns inte några större könsskillnader bland dem som haft 1–5 vård dagar utan det var bland dem med fler än fem vård dagar andelen kvinnor var högre än den var bland män.

Tabell 2. Antal och andel (%) kvinnor och män i olika åldersgrupper 1995 med olika antal vård dagar på sjukhus under 1990–1995.

Ålder	Antal och andel (%)		
	0 vård dagar	1–5 vård dagar	6+ vård dagar
<i>Kvinnor</i>	1 479 664 (65,0)	361 034 (15,9)	435 289 (19,1)
20–34	516 510 (59,2)	160 869 (18,4)	195 193 (22,4)
35–44	343 850 (63,1)	90 965 (16,7)	110 119 (20,2)
45–54	397 914 (72,4)	70 354 (12,8)	81 086 (14,8)
55–64	221 390 (71,6)	38 846 (12,6)	48 891 (15,8)
<i>Män</i>	1 853 682 (77,5)	312 892 (13,1)	226 674 (9,5)
20–34	731 751 (79,9)	121 102 (13,2)	62 942 (6,9)
35–44	454 636 (79,2)	70 678 (12,3)	48 583 (8,5)
45–54	447 998 (75,8)	76 577 (13,0)	66 230 (11,2)
55–64	219 297 (70,1)	44 535 (14,2)	48 919 (15,6)

Antal avlidna under uppföljningstiden 1996–2006 – antal kvinnor och män med förtida död – visas i tabell 3. Förtida död visas även för de tre största sjukdomsgrupperna cirkulationsorganens sjukdomar, tumörsjukdomar samt skador och förgiftningar (29). Den tredje största gruppen, skador och förgiftningar, presenteras uppdelat på självmord och övriga skador. Den stora skillnaden i förtida död mellan kvinnor och män som kan ses för cirkulationsorganens sjukdomar och för skador, finns inte när det gäller tumörsjukdomar.

Tabell 3. Antal avlidna med och utan sjukpenning dagar 1995 under uppföljningstiden 1996–2006 totalt samt i cirkulationsorganens sjukdomar, tumörsjukdomar, självmord samt i övriga skador.

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

Antalet avlidna 1996–2006 bland individer utan sjukpenning dagar 1995 var således cirka 36 000 kvinnor och cirka 63 000 män vilket utgjorde 63 procent respektive 67 procent av dödligheten under uppföljningstiden.

Antal sjukpenningdagar och risk för förtida död

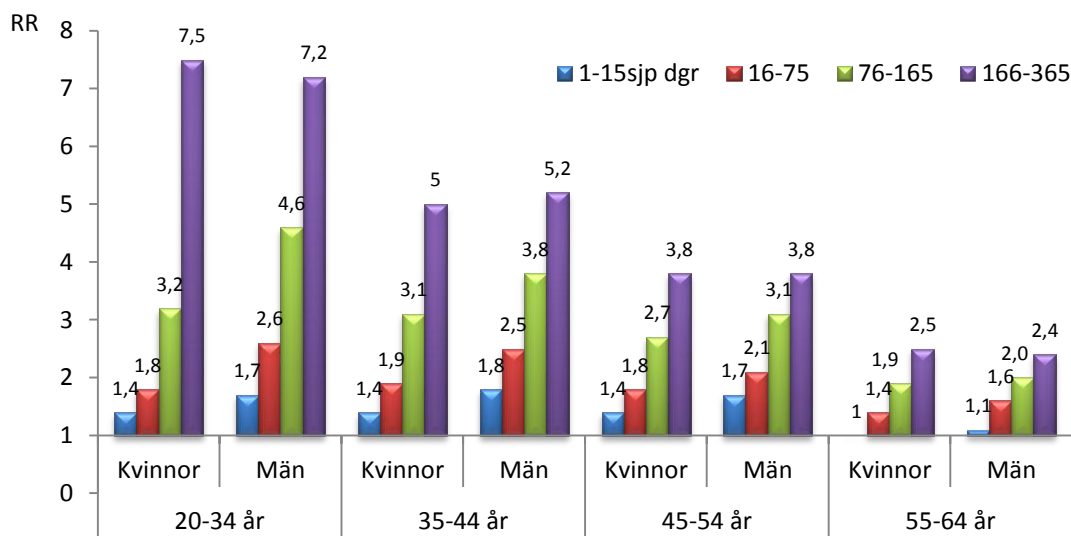
I tabell 3 visas sjukpenningdagar 1995 i de fyra kategorierna och den relativa risken (RR) för förtida död bland kvinnor och män under en elvaårsperiod (1996–2006) i jämförelse med personer utan sjukpenningdagar. I resultatet framgår att relativ risk för förtida död var signifikant högre både bland kvinnor och bland män med 1–15 sjukpenningdagar jämfört med dem utan sjukpenningdagar och risken ökade därefter med antal sjukpenningdagar (tabell 4). Sambandet mellan sjukpenningdagar och förtida död kvarstod även när hänsyn tagits till ålder och vårdtid.

Det framkom inte någon större könsskillnad i risk för förtida död vid olika antal sjukpenningdagar jämfört med utan sjukpenningdagar. Bland män var den förhöjda risken vid alla intervall med sjukpenningdagar något högre än för kvinnor. Detta förhållande kvarstod däremot inte när hänsyn togs till ålder och vårdtid. Både ålder och vårdtid tycktes ha något större betydelse för mäns förhöjda riskestimat för förtida död vid sjukpenningdagar än för kvinnors.

Tabell 4. Antal sjukpenningdagar 1995, relativ risk (RR) med 95 % KI för förtida död 1996–2006 bland kvinnor och män.

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

I figur 4 visas att bland både kvinnor och män var den relativa risken för förtida död störst i åldersgruppen 20–34 år med 166–365 sjukpenningdagar år 1995 jämfört med dem utan sjukpenningdagar. Den relativa risken ökade med antal sjukpenningdagar i varje åldersgrupp. Redan så få sjukpenningdagar som 1–15 dagar innebar en förhöjd risk för förtida död på 40 procent för kvinnorna och på cirka 70 procent för männen, förutom i åldersgruppen 55–64 år där varken kvinnor eller män hade någon förhöjd risk vid 1–15 sjukpenningdagar. I denna äldsta grupp var det inte heller någon skillnad mellan kvinnor och män avseende risken för förtida död vid de olika sjukpenningintervallen. Män i de yngre åldersgrupperna hade högre risk för förtida död vid färre antal sjukpenningdagar än kvinnor i motsvarande grupp. Inte i någon grupp fanns det en underrisk, det vill säga i samtliga grupper hade de med sjukpenningdagar högre risk för förtida död än de utan.



Figur 4. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) för förtida död under de kommande 11 åren 1996–2006 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukpenningdagar (RR = 1).

Den första och andra frågeställningen får därmed besvaras med att det fanns samband mellan antal sjukpenningdagar och risk för förtida död samt att sambandet kvarstod efter att hänsyn tagits till ålder, vårdtid och sociodemografiska förhållanden. Det fanns en högre risk för förtida död vid 1–15 sjukpenningdagar jämfört med personer utan sjukpenningdagar och risken ökade därefter med högre antal sjukpenningdagar. Det fanns även en könsskillnad bland de yngre men inte bland de äldre och då för 1–75 sjukpenningdagar där risken för förtida död var högst bland män. Överriskerna var högre bland yngre personer än bland äldre.

Sjukpenningdagar och risk för förtida död i specifika dödsorsaker

Den andra frågeställningen var om det också fanns samband mellan antal sjukpenningdagar och risk för förtida död på grund av specifika dödsorsaker. För att besvara frågeställningen studerades dödlighet i följande grupper av dödsorsaker: cirkulationsorganens sjukdomar, tumörsjukdomar och skador och förgiftningar (uppdelat i självmord samt övriga skador) enligt ICD-klassificeringen, se metodavsnittet.

Tumörsjukdomar

Den antalsmässigt största dödsorsaken var tumörsjukdomar, både bland kvinnor och män och risken för förtida död på grund av tumörer ökade med antal sjukpenningdagar, mer bland kvinnor än bland män (tabell 5). Resultatet visade något högre risk för förtida död bland män med 1–75 sjukpenningdagar och något högre risk bland kvinnor med fler än 75 sjukpenningdagar. Efter att hänsyn tagits till ålder kvarstod de förhöjda riskestimaten, men som väntat, på en lägre nivå och risken minskade ytterligare när även vårdtid tagits med i beräkningen. Bland kvinnor skedde ingen förändring av den beräknade risken efter att hänsyn tagits till även annan vårdtid än den för tumörsjukdom medan justering även för vårdtid för annan sjukdom påverkade riskestimaten för män. Sociodemografiska faktorer hade endast en marginell påverkan.

Tabell 5. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) med 95% KI för förtida död i tumörsjukdomar 1996–2006 bland kvinnor och män.

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

Cirkulationsorganens sjukdomar

Cirkulationsorganens sjukdomar var den näst vanligaste dödsorsaken vid förtida död (tabell 6). Det var samma mönster som vid tumörsjukdomar med förhöjd risk vid 1–15 sjukpenningdagar och högre risk vid högre antal sjukpenningdagar men riskökningen var mindre bland kvinnor än bland män. Risken för förtida död var högst bland män i alla sjukpenningintervall även när hänsyn tagits till ålder. När hänsyn tagits till vårdtid för cirkulationsorganens sjukdomar minskade den relativa risken mest bland männen och då särskilt vid fler än 75 sjukpenningdagar 1995. Riskestimaten bland kvinnor och män var ganska lika efter dessa statistiska justeringar. Sociodemografiska faktorerna hade ingen signifikant påverkan på riskestimaten varken bland kvinnor eller bland män.

Tabell 6. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) med 95% KI för förtida död i cirkulationsorganens sjukdomar 1996–2006 bland kvinnor och män.

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

Skador och förgiftningar

Den tredje största gruppen av dödsorsaker var diagnosgruppen skador och förgiftningar. I den ingår självmord vilket vi har valt att redovisa för sig för att därefter redovisa övriga dödsorsaker inom gruppen skador, här kallade övriga skador.

Självmord: Förtida död i självmord uppvisade ett annat mönster än det för tumör- och cirkulationsorganens sjukdomar. När det gäller självmord var riskerna höga redan vid kort sjukfrånvaro (tabell 7). De kvinnor som hade 1–15 sjukpenningdagar 1995 hade 54 procents högre risk att dö i självmord under de kommande elva åren. Motsvarande siffra för männen var 92 procents högre risk. Till skillnad mot förtida död i tumör- och cirkulationsorganens sjukdomar hade kvinnor högre risk än män för självmord vid alla sjukpenningintervall jämfört med dem utan sjukpenningdagar. Vid den statistiska justeringen för ålder förändrades inte risken för självmord vare sig bland kvinnor eller män. Risken för självmord ökade drastiskt vid 166–365 sjukpenningdagar bland kvinnor men halverades när hänsyn tagits till vårdtid för psykisk sjukdom. Detsamma hände bland män med samma antal sjukpenningdagar. Inga signifikanta förändringar av relativ risk skedde efter justering för övrig vårdtid eller socio-demografiska faktorer.

Tabell 7. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) med 95% KI för självmord 1996–2006 bland kvinnor och män.

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

Övriga skador: I övriga skador ingår bland annat död på grund av halk- och trafikolyckor samt våldsbrott (tabell 8). Även för övriga skador som dödsorsak justerades riskestimaten för tidigare vårdtid för psykiska sjukdomar och därefter även för övrig vårdtid. Risken för förtida död i övriga skador var hög bland både kvinnor och män även bland dem med 1–15 sjukpenningdagar (RR 1,7 bland kvinnor, RR 2,2 bland män). Den relativa risken för förtida död var högst bland män och inga statistiskt signifikanta förändringar av relativ risk skedde vid justering för ålder. Justering för vårdtid för psykiska diagnoser minskade riskestimaten signifikant bland män förutom vid 1–15 sjukpenningdagar. Bland kvinnor förändrades riskestimatet endast för dem med 166–365 sjukpenningdagar. Sociodemografiska faktorer visade ingen förändring av riskestimaten för förtida död bland kvinnor och endast en liten effekt bland män. Sambanden var alltså likartade de samband som framkom för självmord.

Tabell 8. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) med 95% KI för förtida död i övriga skador 1996–2006 bland kvinnor och män.

Sjukpenningdagar 1995	Antal döda	Relativ risk (95% KI)	Relativ risk (RR) (95% KI) för förtida död i övriga skador			
			justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid för psykiska sjukdomar	justerat för ålder, vårdtid för psykiska sjukdomar och för övrig vårdtid	justerat för ålder, all vårdtid och socio-demografiska faktorer
<i>Kvinnor</i>						
0	459	1	1	1	1	1
1–15	56	1,69 (1,28–2,23)	1,69 (1,28–2,24)	1,53 (1,16–2,02)	1,47 (1,12–1,95)	1,48 (1,12–1,95)
16–75	60	1,99 (1,52–2,60)	1,90 (1,45–2,48)	1,50 (1,14–1,96)	1,42 (1,07–1,87)	1,41 (1,07–1,85)
76–165	34	3,29 (2,32–4,66)	3,07 (2,16–4,35)	1,96 (1,37–2,80)	1,85 (1,29–2,65)	1,82 (1,27–2,61)
166–365	54	4,83 (3,64–6,40)	4,25 (3,20–5,64)	2,21 (1,63–2,98)	2,08 (1,53–2,82)	2,01 (1,48–2,71)
<i>Män</i>						
0	1 620	1	1	1	1	1
1–15	164	2,23 (1,90–2,62)	2,17 (1,84–2,54)	1,66 (1,41–1,95)	1,52 (1,29–1,79)	1,44 (1,22–1,69)
16–75	212	3,21 (2,78–3,71)	3,03 (2,63–3,50)	1,86 (1,61–2,16)	1,64 (1,41–1,90)	1,55 (1,33–1,79)
76–165	119	5,07 (4,21–6,10)	4,66 (3,87–5,62)	2,25 (1,85–2,73)	1,92 (1,58–2,33)	1,81 (1,49–2,20)
166–365	170	5,76 (4,92–6,75)	5,16 (4,41–6,05)	2,06 (1,74–2,43)	1,73 (1,46–2,05)	1,63 (1,37–1,93)

Risken för förtida död var lägst bland dem med få sjukpenningdagar och ökade med antal sjukpenningdagar bland kvinnor och män för de specifika diagnosgrupperna. Det fanns dock skillnader mellan diagnosgrupperna vad gäller de relativa riskernas storlek och hur mycket ålder och vårdtid påverkade risken för förtida död.

Sjukpenningdagar och förtida död vid olika utbildningsnivåer

Den sista frågeställningen var om det fanns samband mellan utbildningsnivå och risker för förtida död bland kvinnor och män.

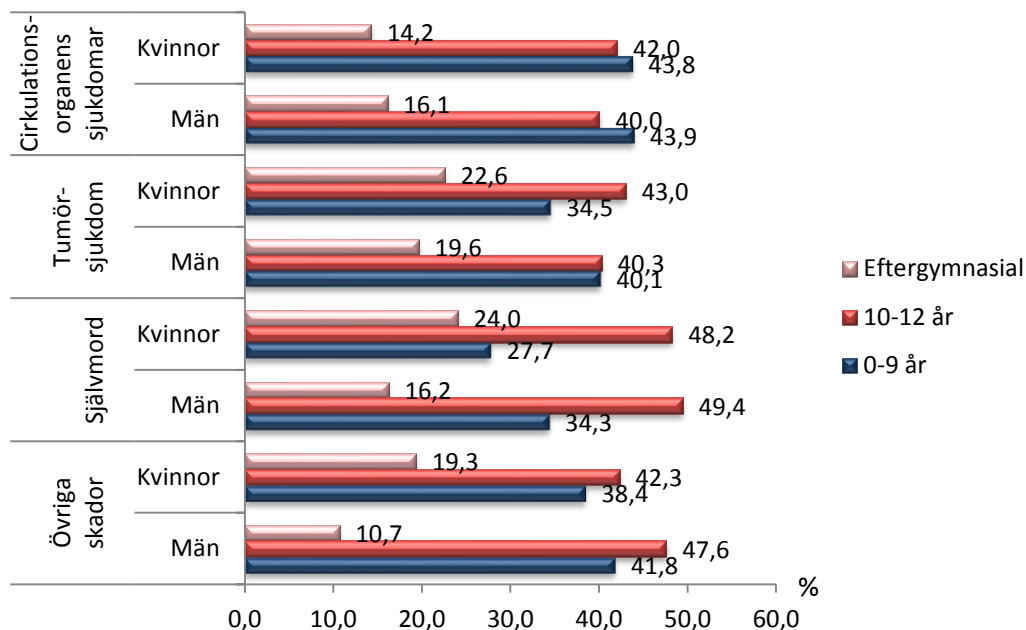
I tabell 9 visas risken för förtida död oavsett dödsorsak för tre utbildningsnivåer; grundutbildning (0–9 år), gymnasium (10–12 år) och eftergymnasial utbildning. Risken ökade med högre antal sjukpenningdagar både bland kvinnor och bland män vid vardera av de olika utbildningsnivåerna. Den relativa risken för förtida död vid sjukskrivning var högst bland kvinnor och män med eftergymnasial utbildning. Det fanns en viss könsskillnad, oavsett utbildningsnivå, i risk för förtida död vid olika antal sjukpenningdagar där män hade högre risk för förtida död vid 1–75 sjukpenningdagar medan kvinnor hade något högre risk vid mer än 75 sjukpenningdagar.

Tabell 9. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) med 95% KI (justerat för ålder) för förtida död 1996–2006 vid olika utbildningsnivåer bland kvinnor och män.

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

För att undersöka om dessa könsskillnader i risk för förtida död generellt vid de olika utbildningsnivåerna berodde på dödsorsak, analyserades detta också för specifika dödsorsaker bland kvinnor och män vilket visas i figur 5 samt tabell 10–13.

I figur 5 visas att andel med olika utbildningsnivå var relativt lika bland kvinnor och män för de olika dödsorsakerna. Det var bland kvinnor en något högre andel med eftergymnasial utbildning och bland män en högre andel med grundutbildning bland dem som avled i självmord samt i skador och förgiftningar.



Figur 5. Andel kvinnor och män med olika utbildningsnivåer med förtida död i cirkulationsorganens sjukdomar, tumörsjukdomar, självmord och övriga skador 1996–2006.

Tumörsjukdomar var den största diagnosgruppen när det gällde förtida död. Den relativa risken för förtida död i tumörsjukdomar var högst bland kvinnor och män med eftergymnasial utbildning och risken ökade med antal sjukpenningdagar oavsett utbildningsnivå (tabell 10). Den relativa risken för förtida död var högre bland män än bland kvinnor med 1–75 sjukpenningdagar och högre bland kvinnor än bland män med fler än 75 sjukpenningdagar. Justering för tidigare vårdtid minskade signifikant riskestimaten utom för dem med 1–15 sjukpenningdagar.

Även risken för förtida död i cirkulationsorganens sjukdomar var högst bland dem med eftergymnasial utbildning, men varierade med antal sjukpenningdagar (tabell 11). Generellt hade män högre risk för förtida död än kvinnor i denna dödsorsak. Den tidigare sjukligheten mätt i vårdtid hade större betydelse för mäns risk för förtida död än för kvinnors. Det innebar att när hänsyn tagits till vårdtidens betydelse minskade riskestimaten mer bland män än bland kvinnor, vilket ledde till att grund- och gymnasieutbildade kvinnor med fler än 75 sjukpenningdagar hade högre risk för förtida död än män.

Risken för förtida död i de olika utbildningsnivåerna var tämligen lika bland kvinnor och män med sjukpenningdagar jämfört med dem utan sjukpenningdagar när vi tagit hänsyn till tidigare vårdtid.

Diagnosgruppen skador och förgiftningar som dödsorsak redovisas även här uppdelat i självmord och övriga skador. Risken för självmord ökade med utbildningsnivå och var generellt högre bland kvinnor än bland män med grund- och gymnasieutbildning (tabell 12). Bland personer med eftergymnasial utbildning var risken för självmord högre bland män med 1–75 sjukpenningdagar och högre bland kvinnor med 76–365 sjukpenningdagar jämfört med dem utan sjukpenningdagar.

Den största könsskillnaden fann vi i risken för förtida död i övriga skador bland personer med eftergymnasial utbildning (tabell 13); män med sjukpenningdagar, jämfört med män utan, hade en klart högre risk för förtida död än motsvarande grupp kvinnor. Samma förhållande fanns också i gruppen med gymnasiekompetens men skillnaden försvann efter justering för vårdtid.

Tabell 10. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) och 95 % KI för förtida död i tumörsjukdom 1996–2006 vid olika utbildningsnivåer bland kvinnor och män.

Sjuk- penning- dagar 1995	Förtida död i tumörsjukdomar, RR (95% KI) 1996–2006					
	Grundutbildning 0–9 år		Utbildning 10–12 år		Eftergymnasial utbildning	
	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid
<i>Kvinnor</i>						
0	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1,15 (1,06–1,25)	1,09 (1,01–1,19)	1,19 (1,11–1,28)	1,11 (1,04–1,20)	1,14 (1,02–1,27)	1,03 (0,92–1,15)
16–75	1,38 (1,28–1,49)	1,14 (1,06–1,19)	1,50 (1,40–1,60)	1,22 (1,14–1,20)	1,71 (1,56–1,87)	1,31 (1,20–1,44)
76–165	2,03 (1,84–2,23)	1,60 (1,45–1,76)	2,36 (2,17–2,56)	1,90 (1,75–2,07)	3,18 (2,84–3,55)	2,38 (2,13–2,66)
166–365	2,51 (2,33–2,71)	2,07 (1,92–2,24)	3,71 (3,49–3,95)	2,98 (2,80–3,18)	5,19 (4,73–5,69)	3,82 (3,48–4,20)
<i>Män</i>						
0	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1,21 (1,12–1,30)	1,13 (1,04–1,22)	1,18 (1,08–1,28)	1,10 (1,01–1,19)	1,34 (1,16–1,54)	1,20 (1,04–1,38)
16–75	1,44 (1,34–1,55)	1,21 (1,13–1,30)	1,61 (1,50–1,74)	1,33 (1,24–1,43)	2,08 (1,85–2,34)	1,61 (1,43–1,81)
76–165	2,00 (1,82–2,19)	1,51 (1,37–1,66)	2,41 (2,19–2,65)	1,77 (1,61–1,95)	2,88 (2,46–3,37)	2,01 (1,71–2,35)
166–365	2,36 (2,19–2,53)	1,78 (1,66–1,92)	2,95 (2,74–3,18)	2,25 (2,09–2,43)	4,39 (3,87–4,98)	2,85 (2,51–3,24)

Tabell 11. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) och 95 % KI för förtida död i cirkulationsorganens sjukdomar 1996–2006 vid olika utbildningsnivåer bland kvinnor och män.

Sjuk- penning- dagar 1995	Förtida död i cirkulationsorganens sjukdomar, RR (95% KI) 1996–2006					
	Grundutbildning 0–9 år		Utbildning 10–12 år		Eftergymnasial utbildning	
	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid
<i>Kvinnor</i>						
0	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1,05 (0,91–1,21)	0,97 (0,84–1,12)	1,29 (1,13–1,47)	1,18 (1,03–1,34)	1,43 (1,13–1,81)	1,30 (1,03–1,65)
16–75	1,36 (1,20–1,54)	1,15 (1,01–1,30)	1,65 (1,47–1,85)	1,39 (1,24–1,56)	1,88 (1,53–2,30)	1,56 (1,27–1,92)
76–165	1,66 (1,39–1,98)	1,28 (1,07–1,53)	2,04 (1,72–2,41)	1,57 (1,32–1,86)	2,55 (1,92–3,40)	2,00 (1,50–2,66)
166–365	2,23 (1,95–2,55)	1,61 (1,40–1,84)	3,02 (2,65–3,44)	2,17 (1,91–2,48)	3,34 (2,57–4,35)	2,33 (1,79–3,04)
<i>Män</i>						
0	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1,22 (1,13–1,33)	1,07 (0,98–1,16)	1,44 (1,32–1,56)	1,26 (1,16–1,38)	1,44 (1,22–1,70)	1,21 (1,02–1,43)
16–75	1,53 (1,43–1,65)	1,16 (1,08–1,25)	1,82 (1,68–1,97)	1,40 (1,29–1,51)	2,37 (2,07–2,71)	1,68 (1,47–1,93)
76–165	1,74 (1,57–1,93)	1,12 (1,00–1,24)	2,56 (2,31–2,84)	1,69 (1,52–1,87)	3,00 (2,49–3,63)	1,84 (1,52–2,22)
166–365	2,44 (2,27–2,63)	1,47 (1,36–1,59)	2,99 (2,75–3,24)	1,86 (1,71–2,02)	4,19 (3,57–4,90)	2,48 (2,12–2,91)

Tabell 12. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) och 95 % KI för självmord 1996–2006 vid olika utbildningsnivåer bland kvinnor och män.

Sjuk- penning- dagar 1995	Självmord, RR (95% KI) 1996–2006					
	Grundutbildning 0–9 år		Utbildning 10–12 år		Eftergymnasial utbildning	
	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid
<i>Kvinnor</i>						
0	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1,55 (1,15–2,08)	1,37 (1,01–1,84)	1,35 (1,06–1,72)	1,16 (0,91–1,47)	1,89 (1,36–2,63)	1,61 (1,16–2,24)
16–75	2,06 (1,58–2,68)	1,55 (1,19–2,01)	2,80 (2,32–3,36)	2,00 (1,66–2,41)	2,94 (2,22–3,91)	2,09 (1,57–2,79)
76–165	3,74 (2,74–5,09)	2,27 (1,66–3,09)	4,63 (3,64–5,89)	2,53 (1,98–3,23)	6,54 (4,70–9,10)	3,49 (2,50–4,88)
166–365	5,32 (4,20–6,74)	2,79 (2,19–3,55)	7,16 (5,90–8,68)	2,88 (2,35–3,53)	10,14 (7,54–13,64)	3,9 (2,72–5,01)
<i>Män</i>						
0	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1,54 (1,30–1,82)	1,27 (1,07–1,50)	1,94 (1,69–2,24)	1,59 (1,38–1,83)	2,22 (1,65–2,98)	1,84 (1,37–2,47)
16–75	1,84 (1,58–2,15)	1,29 (1,10–1,51)	2,60 (2,28–2,96)	1,78 (1,56–2,03)	3,59 (2,77–4,66)	2,41 (1,85–3,13)
76–165	3,29 (2,73–3,96)	1,90 (1,57–2,29)	4,25 (3,59–5,04)	2,30 (1,93–2,73)	4,93 (3,40–7,13)	2,66 (1,83–3,86)
166–365	3,00 (2,53–3,55)	1,56 (1,31–1,85)	5,58 (4,87–6,39)	2,43 (2,11–2,80)	8,76 (6,64–11,57)	3,57 (2,69–4,73)

Tabell 13. Antal sjukpenningdagar 1995 och relativ risk (RR) och 95 % KI för övriga skador 1996–2006 vid olika utbildningsnivåer bland kvinnor och män.

Sjuk- penning- dagar 1995	Förtida död i övriga skador, RR (95% KI) 1996–2006					
	Grundutbildning 0–9 år		Utbildning 10–12 år		Eftergymnasial utbildning	
	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid	justerat för ålder	justerat för ålder och vårdtid
<i>Kvinnor</i>						
0	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1,33 (0,82–2,16)	1,19 (0,73–1,93)	1,97 (1,32–2,93)	1,72 (1,15–2,56)	1,62 (0,82–3,21)	1,41 (0,71–2,80)
16–75	1,37 (0,86–2,20)	1,07 (0,67–1,73)	2,46 (1,69–3,58)	1,83 (1,25–2,68)	1,72 (0,87–3,41)	1,28 (0,65–2,55)
76–165	2,84 (1,67–4,81)	1,86 (1,09–3,17)	2,71 (1,51–4,86)	1,62 (0,90–2,93)	4,05 (1,88–8,72)	2,35 (1,09–5,13)
166–365	3,36 (2,19–5,15)	1,99 (1,28–3,07)	4,79 (3,12–7,33)	2,24 (1,44–3,49)	4,03 (1,77–9,21)	1,71 (0,74–3,95)
<i>Män</i>						
0	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
1–15	1,68 (1,31–2,16)	1,24 (0,97–1,59)	2,22 (1,76–2,79)	1,60 (1,27–2,02)	3,10 (1,83–5,26)	2,26 (1,34–3,83)
16–75	2,19 (1,75–2,73)	1,29 (1,03–1,62)	3,19 (2,59–3,92)	1,79 (1,45–2,21)	4,01 (2,40–6,68)	2,19 (1,31–3,65)
76–165	3,30 (2,48–4,38)	1,56 (1,17–2,08)	5,00 (3,82–6,55)	2,09 (1,59–2,76)	7,06 (3,74–13,36)	3,00 (1,58–5,68)
166–365	2,74 (2,10–3,58)	1,15 (0,87–1,51)	6,57 (5,30–8,14)	2,17 (1,74–2,72)	9,52 (5,53–16,41)	2,89 (1,67–5,00)

Slutsatser

I denna studie av risk för förtida död under en lång uppföljningstid, elva år, där personer utan sjukpenningdagar 1995 har jämförts med de med olika intervall av sjukpenningdagar det året, fann vi förhöjda risker för förtida död, även bland dem som bara hade 1-15 sjukpenningdagar. Resultatet kvarstod även efter justering för ålder, sociodemografiska faktorer och tidigare sjukhusvårdtid.

Risken ökade signifikant med antalet sjukpenningdagar, bland kvinnor från RR 1,2 vid 1-15 dagar till RR 4,4 vid 166-365 dagar och bland män från RR 1,6 vid 1-15 sjukpenningdagar till RR 4,6 vid 166-365 dagar. Riskestimaten minskade, som väntat, efter justering för ålder, vårdtid och sociodemografiska faktorer men gradienten med ökad risk för förtida död vid högre antal sjukpenningdagar kvarstod.

Risken för förtida död ökade på motsvarande sätt, med viss variation, i de fyra specifika dödsorsaker vi analyserat. Störst risk för förtida död, jämfört med de icke sjukskrivna, fanns i självmord. Kvinnor med 1-15 sjukpenningdagar hade en relativ risk på 1,5 för självmord och med 166-365 dagar var RR 7,2. Motsvarande bland män var RR 1,9 respektive RR 5,1.

Det fanns också skillnader mellan dödsorsakerna i hur riskestimaten påverkades av justering för olika faktorer. För tumörsjukdomar och cirkulationsorganens sjukdomar som dödsorsak påverkade främst åldern riskestimaten men för självmord och förtida död i övriga skador förändrades den relativa risken endast marginellt bland kvinnor och män i de olika intervallen med sjukpenningdagar. Att ha tidigare vårdtid för psykiska sjukdomar hade stor betydelse för risken för självmord bland både kvinnor och män med sjukpenningdagar. Både ålder och vårdtid minskade riskestimaten för förtida död mer bland män än bland kvinnor vid de olika sjukpenningintervallen.

Sambandet mellan antal sjukpenningdagar och förtida död var likartat även för personer med olika utbildningsnivåer (grundutbildning 1-9 år, gymnasium 10-12 år och eftergymnasial utbildning) bland kvinnor och män. För varje sjukpenningintervall över 15 dagar ökade risken för förtida död också med utbildningsnivå med lägst risk bland personer med grundutbildning och högst risk bland dem med eftergymnasial utbildning. I sjukpenningintervall 166-365 dagar hade både kvinnor och män med lägst utbildning en relativ risk på 2,6 för att avlida under de kommande elva åren, jämfört med dem som inte hade några sjukpenningdagar 1995. I samma sjukpenningintervall hade kvinnor med eftergymnasial utbildning en relativ risk på 5,2 och motsvarande för män var 5,3 jämfört med dem utan sjukpenningdagar.

Som vi visade i inledningen var 1995 ett år med låg sjukfrånvaro vilket kan ha påverkat resultaten. I tider av låg frånvaro kan selektionen av personer som är sjukskrivna, till exempel vad gäller allvarlighetsgrad av sjukdomen, vara en annan än vid hög sjukfrånvaro. Studien behöver därför genomföras även för kohorter med andra nivåer på sjukfrånvaron.

Referenser

1. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
2. Alexanderson K. Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro? I: Rydh J, redaktör. Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag Betänkande av sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2000:121. sid 273-301.
3. Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen. Slutrapport från ett pilotprojekt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.

4. Mastekaasa A, Dale-Olsen H. Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender differences in sickness absence. *European Sociological Review*. 2000 Sep;16(3):267-86.
5. Mastekaasa A. Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Soc Sci Med*. 2005 May;60(10):2261-72.
6. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut. 2004.
7. Riksförsäkringsverket. Kvinnor, män och sjukfrånvaro, om könsskillnader i sjukskrivning, förtids-pensionering och rehabilitering. Stockholm. 2001.
8. Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989: SCB; 1992.
9. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU)167. 2003.
10. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/För-sörjningsförmåga: Socialdepartementet: SOU:2009:89.
11. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. I: Wijkström F, redaktör. Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010. p. 174-95.
12. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
13. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*. 2001;323: 1061-3.
14. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, editors. Gender inequalities in health: a Swedish perspective: Harvard University Press; 2002.
15. Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1999.
16. Hovellius B, Johansson EE, editors. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004.
17. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm 2010.
18. Socialstyrelsen. Social rapport 2010. Stockholm. 2010.
19. SCB. Undersökning om hälsa, arbetsförhållanden, livssituation och sjukskrivning. Stockholm: RFV. 2002.
20. Riksförsäkringsverket. Den ersatta sjukfrånvarans diagnoser 1983. RFV. 1987.
21. Sjukfrånvarans diagnoser och avslutningsanledningar 1990. Stockholm. Riksförsäkringsverket 1990.
22. Långtidssjukskrivna 1999–2009. Beskrivande statistik 1999–2009: kön, ålder, arbetsmarknads-status, sjukskrivningslängd och diagnospanorama. Försäkringskassan 2010:16.
23. Järvisalo J, Anderson B, Boedeker W, Houtman I. Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Helsinki: Kela; 2005.
24. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.
25. Gjesdal S, Maeland JG, Svedberg P, Hagberg J, Alexanderson K. Role of diagnoses and socio-economic status in mortality among disability pensioners in Norway—a population-based cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2008 Dec;34(6):479-82.
26. Head J, Ferrie JE, Alexanderson K, Westerlund H, Vahtera J, Kivimäki M. Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2008; 337:a1469.
27. Vahtera J, Westerlund H, Ferrie J, Head J, Melchior M, Singh-Manoux A, Zins M, et al. All-cause and diagnosis-specific sickness absence as a predictor of sustained sub-optimal health: a 14-year

- follow-up in the GAZEL cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2010;64(4):311-7.
28. Kivimäki M, Head J, Ferrie EJ, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*. 2003;327(364).
29. *Dödsorsaker 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen. 2010.

Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och förtida död bland kvinnor och män

Christina Lindholm
Ellenor Mittendorfer Rutz
Kristina Alexanderson
Elin Hinas
Michael Wiberg
Linnea Kjeldgård

Delrapport 5 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro

Sektionen för försäkringsmedicin
Karolinska Institutet

www.ki.se/im

Innehåll

Sammanfattning.....	27
Inledning.....	28
Syfte och frågeställningar.....	28
Metod	29
Variabler	29
Analysstrategi.....	30
Resultat.....	31
Ålder, diagnos och vårdtid bland kvinnor och män med sjukersättning 1995	31
Sjukersättning och risk för förtida död.....	32
Kvinnors och mäns sjukersättningsdiagnoser, förtida död och dödsorsaker.....	34
Sjukersättningsdiagnos och dödsorsak	34
Sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser och risk för förtida död.....	36
Sjukersättning i psykiska diagnoser och risk för förtida död	36
Sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser och risk för förtida död	37
Sjukersättning i skador och förgiftningar och risk för förtida död	38
Sjukersättning i nervsystemets diagnoser och risk för förtida död.....	39
Sjukersättning i andningsorganens diagnoser och risk för förtida död.....	39
Sjukersättning i tumördiagnoser och risk för förtida död.....	40
Sjukersättning i endokrina diagnoser och risk för förtida död	41
Sjukersättning i övriga diagnoser och risk för förtida död	42
Själv mord som dödsorsak bland kvinnor och män med sjukersättning	42
Sjukersättning och risk för förtida död i tre olika kohorter: 1995, 2000 respektive 2005.....	44
Sjukersättningsdiagnoser i de tre kohorterna och risk för förtida död.....	48
Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser ...	48
Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i psykisk diagnos.....	49
Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser	50
Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i skador och förgiftningar	50
Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i nervsystemets diagnoser	51
Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i andningsorganens diagnoser ..	52
Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i tumördiagnoser	52
Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i endokrina diagnoser.....	53
Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i övriga diagnoser	54
Slutsatser	54
Referenser.....	55

Sammanfattning

I denna studie ställdes frågan om sjukersättning ökade risken för förtida död bland kvinnor och män och om risken kvarstod efter att den justerats för ålder, tidigare sjuklighet och sociodemografiska förhållanden samt om risken varierade mellan kohorter i olika tidsperioder. Risken för förtida död bland kvinnor och män med olika sjukersättningsdiagnoser undersöktes i olika åldersgrupper liksom även överensstämmelse mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak.

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

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

Resultaten visar att kvinnor med sjukersättning hade en signifikant högre risk (HR 4,7) för förtida död jämfört med kvinnor utan sjukersättning, det vill säga nästan fem gånger så hög risk. Män med sjukersättning hade en förhöjd risk för förtida död som var nästan sex gånger så hög (HR 5,9). Efter justeringar för ålder, sociodemografi och vårdtid fanns en 70–80 procentig överrisk för förtida död bland både kvinnor och män som fick sjukersättning 1995.

Skillnader i risk för förtida död varierade mellan åldersgrupper och sjukersättningsdiagnos. Högst risk för förtida död hade, i alla åldersgrupper, både kvinnor och män med sjukersättning i tumördiagnoser. Risken för förtida död var även hög bland personer med sjukersättning i endokrina diagnoser.

Det fanns en relativt låg grad av överensstämmelse mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak, vilket kan förväntas när det gäller exempelvis muskuloskeletala sjukdomar, som sällan är dödliga. Det fanns tydliga samband mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak i cirkulationsorganens, tumör-, andningsorganens och i nervsystemets sjukdomar.

I samtliga tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005 beviljades fler kvinnor än män en ny sjukersättning under startåret. Bland kvinnor var det en drastisk ökning i antalet som fick en nybeviljad sjukersättning mellan kohorterna från ca 20 000 i kohorten 1995 till 35 000 i kohorten med startår 2005. Även bland män fanns en ökning men betydligt lägre, från 17 500 till 23 000 mellan samma kohorter. Risken för förtida död bland kvinnor med sjukersättning var högre i kohorten 1995 än i kohorten 2005 (HR 6,3 respektive HR 4,6). Motsvarande siffror för männen i respektive kohort var HR 7,5 och HR 6,7. Efter justering av riskestimaten för sociodemografiska faktorer och tidigare sjuklighet blev motsvarande HR 1,92 respektive 2,22, det vill säga en något högre risk för förtida död bland män i kohorten 2005.

Män i kohorten 2005 hade en högre risk för förtida död än de i de två tidigare kohorterna. Så var inte fallet för kvinnor.

Inledning

En större andel kvinnor än män marginaliseras från arbetsmarknaden via sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension/sjukbidrag) (1–5). Antalet personer som i december 2009 hade sjuk- eller aktivitetsersättning var knappt 498 000, och 60 procent av dem var kvinnor (5). Bland dem som är 30 år och äldre är andelen kvinnor högre bland de som beviljas sjukersättning och det har funnits en stadig trend av ökad andel kvinnor som beviljades sjukersättning från mitten av 1980-talet, framför allt från 1998 och framåt (4).

För att förenkla språket används fortsättningsvis i denna rapport begreppet sjukersättning som enhetligt begrepp för såväl förtidspension, sjukbidrag, sjukersättning som aktivitetsersättning.¹

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) konstaterade år 2003 att det fanns ytterst få studier om konsekvenser av att vara sjukskriven liksom av konsekvenser av att ha sjukersättning (6). I de studier som ingick i litteraturöversikterna i SBU:s rapport hade konsekvenser av sjukersättning i form av livskvalitet, alkoholkonsumtion, välbefinnande, hälsa eller vårdutnyttjande studerats (6–9). I en senare svensk studie av ett urval av befolkningen visades att män med sjukersättning hade en högre risk än kvinnor med sjukersättning för förtida död (10).

För att bli beviljad sjukersättning krävs att personens arbetsförmåga är varaktigt nedsatt på grund av sjukdom eller skada. Under 1980- och 1990-talen och fram till år 2004 var muskuloskeletal diagnos den största diagnosgruppen bland dem som beviljades sjukersättning (11–13). Sedan 2004 är dock andelen nybeviljade sjukersättningar i psykiska diagnoser högst bland både kvinnor och män (14, 15). År 2009 var 42 procent av årets nybeviljade sjukersättningar i psykiska diagnoser (5). Den procentuella ökningen av andelen med nybeviljad sjukersättning i psykiska diagnoser har skett främst bland unga med aktivitetsersättning och gäller både för kvinnor och män (3). De största diagnosgrupperna bakom sjukersättning är alltså inte diagnoser man vanligen avlider i. Muskuloskeletal sjukdomar är till exempel mycket sällan en dödsorsak (16).

Syfte och frågeställningar

Syftet var att studera om det bland kvinnor och män finns ett samband mellan att ha sjukersättning och risk för förtida död. Följande frågeställningar har belysts:

- Har kvinnor och män med sjukersättning högre risk för förtida död jämfört med personer utan sjukersättning?
- Varierar risken för förtida död med sjukersättningsdiagnos bland kvinnor och män?
- Varierar risken för förtida död med sjukersättningsdiagnos med ålder bland kvinnor och män?
- Påverkar sociodemografiska faktorer och vårdtid riskestimaten för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning?
- Hur ser sambanden ut mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak bland kvinnor och män?
- Varierar samband mellan sjukersättning och risk för förtida död med i vilken tidsperiod sjukersättningen beviljas?

¹ Från och med 2003 ersattes förtidspension och sjukbidrag med aktivitetsersättning för personer under 30 år och sjukersättning för de som är 30 till 65 år.

Metod

Data från tre så kallade prospektiva kohorter har använts. I en kohort inkluderas personer som uppfyller vissa kriterier och dessa personerna följs framåt i tiden under ett antal år, i detta fall med avseende på död.

I den första kohorten, med startår 1995 ingick alla de 5 006 523 personer (48,8 % kvinnor) som var folkbokförda i Sverige både den 31/12 1994 och den 31/12 1995 och inte hade sjukersättning den 31/12 1994, samt som under året 1995 var 16–64 år och inte hade ålderspension. Dessa personer följdes under 14 år, från och med den 1/1 1996 till och med den 31/12 2009, med avseende på död. De flesta analyserna har genomförts för denna kohort, med lång uppföljningstid.

För att få kunskap om huruvida risken för förtida död varierade över tid, det vill säga kunde bero på olika typer av period- eller kohorteffekter, följdes även två andra kohorter.

I den andra kohorten, här kallad kohort 2000, inkluderades alla personer som var folkbokförda i Sverige 31/12 1999 och den 31/12 2000, och som annars uppfyllde motsvarande inklusions- och exklusionskriterier som i den första kohorten. Denna kohort var 5 066 144 personer (48,7 % kvinnor).

I den tredje kohorten, här kallad kohort 2005, inkluderades alla personer som var folkbokförda i Sverige 31/12 2004 och den 31/12 2005, och som uppfyllde motsvarande inklusions- och exklusionskriterier som i den första kohorten (N= 5 072 599; 48,2 % kvinnor).

I analyserna där dessa tre kohorter jämfördes begränsades uppföljningstiden till fyra år, för att den skulle bli lika lång för alla tre.

Data hämtades från följande register:

- SCB:s LISA-databas: uppgifter om kön, ålder, familjesituation, födelseland, bostadsregion, utbildning, ålders- och förtidspensionering, sjukersättning.
- Socialstyrelsens Patientregister: uppgifter om diagnos och datum för in- och utskrivning från sjukhuset (slutenvård), här kallad vårdtid.
- Socialstyrelsens dödsorsaksregister: uppgift om mortalitet (dödsorsak och datum).

Variabler

Det finns flera sociodemografiska faktorer som dels kan påverka risken för att få sjukersättning, dels kan påverka risken för förtida död. Dessa kan därmed också påverka resultatet av risk för förtida död bland personer med sjukersättning (6, 10). Det finns samband mellan risk för sjukersättning liksom risk för förtida död med hög ålder. Socioekonomiska förhållanden och familjesituation har också betydelse för sjukersättning och dödlighet. I analyserna testade vi även andra potentiella så kallade störfaktorer (confounders) vilket visade att även födelseland och boenderegion hade betydelse för förtida död. I analyserna användes därför följande variabler:

Sjukersättning (förtidspension, sjukbidrag, sjukersättning eller aktivitetsersättning) som nybeviljats under respektive kohorts startår, det vill säga 1995, 2000 eller 2005.

Sjukersättningsdiagnos klassificerades enligt det internationella systemet för klassificering av sjukdomar ICD-10 (17), på kapitelnivå för de åtta största diagnosgrupperna: muskuloskeletala sjukdomar (M00-M99), psykiska sjukdomar (F00-F99), andningsorganens sjukdomar (J00-J94), tumörer (C00-C97, D00-D48), cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99), endokrina sjukdomar (E00-E99), nervsystemets sjukdomar (G00-G99), skador och förgiftningar (S00-S99, T00-T98, W00-W99, V01-V99, X00-X99, Y00-Y98). Övriga diagnoser har samlats i en grupp (tabell 2).

De sociodemografiska variablerna som användes i analyserna gällde startåret för individerna i respektive kohort. De kategoriserades enligt följande:

Ålder var indelad i fem åldersgrupper 16–64 år: 16–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64 år.

Utbildningsnivå klassificerades i följande tre grupper: grund- (1–9 år), gymnasie- (10–12 år) och eftergymnasial utbildning

Typ av *boenderegion* (H-region) var indelad i storstad, mellanstor stad och småorter.

Familjesituation delades in i fem grupper i enlighet med LISA-databasens kategorier: 1. gift med hemmaboende barn samt sammanboende med gemensamma hemmaboende barn, 2. gift utan hemmaboende barn, 3. ensamstående med hemmaboende barn, 4. ensamstående utan hemmaboende barn samt sammanboende utan gemensamma barn, 5. hemmaboende barn 20 år eller yngre (det vill säga de ungdomar i vår kohort som fortfarande bodde med förälder).

Födelseland kategoriserades i fyra grupper: Sverige, övriga Norden, EU utom Norden, övriga världen.

Vårdtid på sjukhus, det vill säga antal dagar en person legat på sjukhus, användes som en indikator på tidigare sjuklighet. I vårdtiden exkluderades tid för normal förlossningsvård. Vårdtid var antal dagar en person har varit inlagd på sjukhus under de fem åren före kohortens startår, det vill säga för åren 1990–1994, 1995–1999 respektive 2000–2004 för var och en av de tre kohorterna. Vårdtiden kategoriserades i tre grupper: ingen vårdtid, vårdtid mindre än eller lika med medianantalet vård dagar bland de personer som haft vård dagar under femårsperioden, samt vård dagar över medianantalet. För kohorten 1995 var mediantalet fyra dagar och för kohorterna 2000 och 2005 tre dagar.

Dödsorsak klassificerades enligt det internationella systemet för klassificering av sjukdomar ICD-10 (17) för följande grupper: muskuloskeletala sjukdomar (M00-M99), psykiska sjukdomar (F00-F99), andningsorganens sjukdomar (J00-J94), tumörer (C00-C97, D00-D48), cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99), endokrina sjukdomar (E00-E99), nervsystemets sjukdomar (G00-G99), skador och förgiftningar (S00-S99, T00-T98, W00-W99, V01-V99, X00-X99, Y00-Y98), samt övriga dödsorsaker. Gruppen skador och förgiftningar delades även upp i de två grupperna suicid (inklusive oklart uppsåt) (X60-X84, Y10-Y34) respektive övriga skador och förgiftningar (S00-S99, T00-T98, W00-W99, V01-V99, X00-X59, X85-X99, Y00-Y09, Y35-Y98). Information om dödsorsak fanns till och med år 2008.

Analysstrategi

För att beräkna eventuellt förhöjd risk för förtida död bland kvinnor och bland män som nybeviljats sjukersättning användes Cox-regressionsanalyser. Metoden innebär att individerna i respektive kohort följdes över tid fram till att de avled eller till uppföljningstidens slut. Den relativa risken för förtida död beräknades med måttet Hazard ratio (HR) med 95 % konfidensintervall. Analyserna gjordes för kvinnor och män var för sig, vilket innebar att risken för förtida död bland kvinnor med sjukersättning jämfördes med risken bland kvinnor utan sjukersättning och motsvarande för män.

I analyserna av 1995 års kohort beräknades ojusterade relativa risker (HR) för förtida död med en uppföljningstid på 14 år, 1996–2009. De 95-procentiga konfidensintervallen (KI) för HR beräknades också. I fortsatta analyser gjordes även statistiska justeringar för eventuell effekt på riskestimatet av skillnader mellan grupper vad gällde ålder, ovan nämnda sociodemografiska faktorer samt tidigare vårdtid. I modell 1 beräknades den relativa risken (HR) för förtida död bland kvinnor och bland män med justering av HR för ålder. I modell 2 justerades riskestimaten även för utbildningsnivå, boenderegion, familjesituation och födelseregion. I den sista modellen, modell 3, justerades slutligen även för tidigare vårdtid. Denna kohort, 1995 med 14 års uppföljningstid, användes också för analyser av sambandet mellan sjukersättningsdiagnos och diagnosspecifik dödsorsak samt för beräkning av förtida död för sjukersättningsdiagnoser stratifierat på åldersgrupper.

Risken för förtida död, generell och diagnosspecifik, bland kvinnor och män som fått sjukersättning nybeviljad under respektive kohorts startår beräknades även för kohort 1995, kohort 2000 och kohort 2005 under fyra år efter startåret för vardera av de tre kohorterna.

När antal i en grupp understiger åtta personer redovisas inte resultat för gruppen.

Resultat

Resultaten presenteras här under fyra huvudrubriker. Först ges en översikt av antal och andel kvinnor och män som beviljades sjukersättning under 1995 relaterat till ålder, diagnos och vårdtid. Därefter presenteras den relativa risken för förtida död 1996–2009 för denna kohort. Vidare redovisas vad som händer med riskestimaten när den relativa risken justeras för skillnader i ålder, sociodemografiska förhållanden och vårdtid bland personer med och utan sjukersättning. Under den tredje huvudrubriken redovisas motsvarande resultat för specifika dödsorsaker vid olika sjukersättningsdiagnoser och i olika åldersgrupper. I det sista avsnittet analyseras de motsvarande riskerna för förtida död i de tre jämförbara kohorterna med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Ålder, diagnos och vårdtid bland kvinnor och män med sjukersättning 1995

I kohorten av samtliga personer som inte hade sjukersättning vid 1995 års början var antalet personer som inte beviljades sjukersättning under 1995 som förväntat, betydligt högre än antalet som beviljades sjukersättning under det året. Även antalet bland dem som avled under de kommande 14 åren var högre bland dem utan sjukersättning (tabell 1). Andelen avlidna under de kommande 14 åren var däremot betydligt högre bland såväl kvinnorna som männen som fått sjukersättning. Antalet kvinnor som beviljades sjukersättning 1995 var generellt högre än antalet män, men andel avlidna var generellt högre bland män.

Tabell 1. Antal kvinnor och män med och utan nybeviljad sjukersättning under 1995 samt antal och andel som avled under 1996–2009 i olika åldersgrupper.

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

Den största diagnosgruppen vid beviljande av sjukersättning var 1995 muskuloskeletala diagnoser, som bland kvinnor stod för närmare hälften av all nybeviljad sjukersättning det året (tabell 2). Antalet med sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser, i skador/förgiftningar samt i endokrina diagnoser var högst bland män medan antalet med sjukersättning i övriga diagnoser var högst bland kvinnor. Andel avlidna män var nästan dubbelt så hög som andel avlidna kvinnor i alla sjukersättningsdiagnoser, förutom i andningsorganens diagnoser och i tumörer, där könsskillnaderna var mindre.

Tabell 2. Sjukersättningsdiagnos bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning 1995, samt antal och andel avlidna 1996–2009.

Sjukersättningsdiagnos	Kvinnor, beviljade sjukersättning 1995			Män, beviljade sjukersättning 1995		
	Antal	Avlidna 1996–2009		Antal	Avlidna 1996–2009	
		Antal	%		Antal	Antal
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	10 181	898	8,82	6 841	1 188	17,37
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	3 795	443	11,67	3 666	777	21,19
Cirkulationsorganens sjukdomar	1 200	251	20,92	2 620	966	36,87
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	751	73	9,72	865	155	17,92
Sjukdomar i nervsystemet	839	158	18,83	742	253	34,1
Andningsorganens sjukdomar	584	202	34,59	505	190	37,62
Tumörer	587	296	50,43	375	250	66,67
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar	457	130	28,45	502	254	50,6
Övriga diagnoser	1 964	272	13,85	1 471	356	24,2
<i>Alla diagnoser</i>	<i>20 358</i>	<i>2 723</i>	<i>13,38</i>	<i>17 587</i>	<i>4 389</i>	<i>24,96</i>

I tabell 3 visas antal och andel kvinnor och män med vårddagar under perioden 1990–1994, det vill säga under de fem åren före eventuell sjukersättning 1995. Bland de personer som inte fick sjukersättning 1995 var andelen kvinnor med fem eller fler vårddagar dubbelt så hög som andelen män. Däremot var andelen män med fem eller fler vårddagar något högre bland de som beviljades sjukersättning 1995. Generellt hade mer än hälften av kvinnorna och männen som fick sjukersättning under 1995 någon gång vårdats på sjukhus under de föregående fem åren.

Tabell 3. Vårdtid 1990–1994, bland kvinnor och män med och utan sjukersättning.

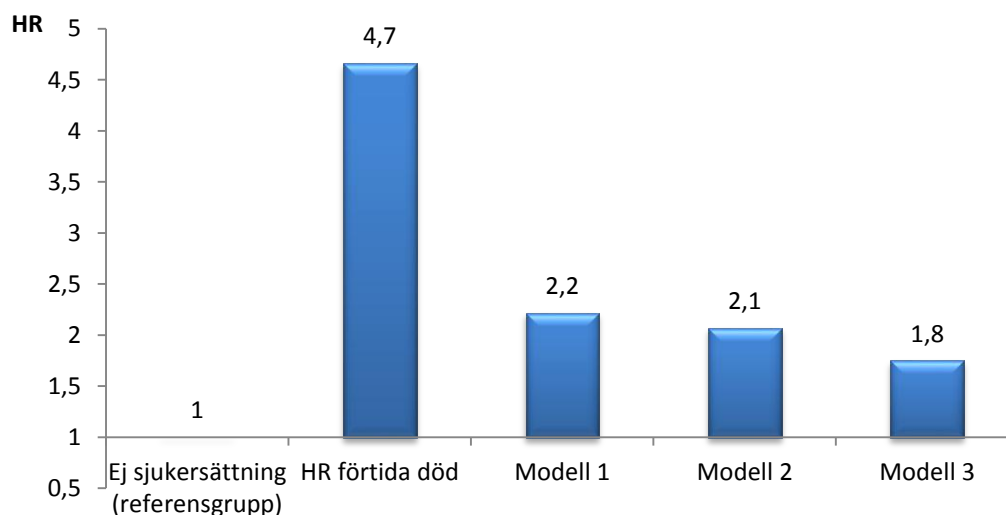
Vårdtid 1990–1994	Ej sjukersättning				Sjukersättning			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
0 dagar	1 734 628	72	2 073 280	81	9 281	46	7 162	41
1–4 dagar	342 971	14	298 147	12	3 134	15	2 706	15
5 eller fler	344 013	14	175 539	7	7 943	39	7 719	44

Sjukersättning och risk för förtida död

Kvinnors respektive mäns risk för förtida död vid sjukersättning visas i figur 1 respektive 2. Kvinnorna med sjukersättning har nästan fem gånger så hög risk (HR 4,66) att avlida under de kommande 14 åren, jämfört med kvinnor som inte fick sjukersättning under 1995. Bland männen var motsvarande överrisk ännu större, nästan sex gånger så hög som män utan sjukersättning (HR 5,86). I figur 1 och 2

visas även vad som händer med överrisken när HR justeras för ålder (modell 1), sociodemografiska faktorer (modell 2) och vårdtid (modell 3). I tabellerna direkt under figur 1 respektive 2 redovisas även de 95-procentiga konfidensintervallen.

Av figur 1 framgår att den förhöjda risken för förtida död som fanns bland kvinnor med sjukersättning halverades när hänsyn togs till åldern. Även vårdtid hade betydelse för risken för förtida död. När hänsyn tagits till ålder, sociodemografiska faktorer och vårdtid kvarstod att kvinnor som fick sjukersättning 1995 hade 75 procent högre risk för förtida död jämfört med kvinnor som inte fick sjukersättning det året.



Ej sjukersättning (referensgrupp)	Relativ risk för förtida död (HR), (95% KI)	Modell 1 HR (95% KI)	Modell 2 HR (95% KI)	Modell 3 HR (95% KI)
1	4,66 (4,48–4,84)	2,22 (2,14–2,31)	2,07 (1,99–2,15)	1,75 (1,68–1,82)

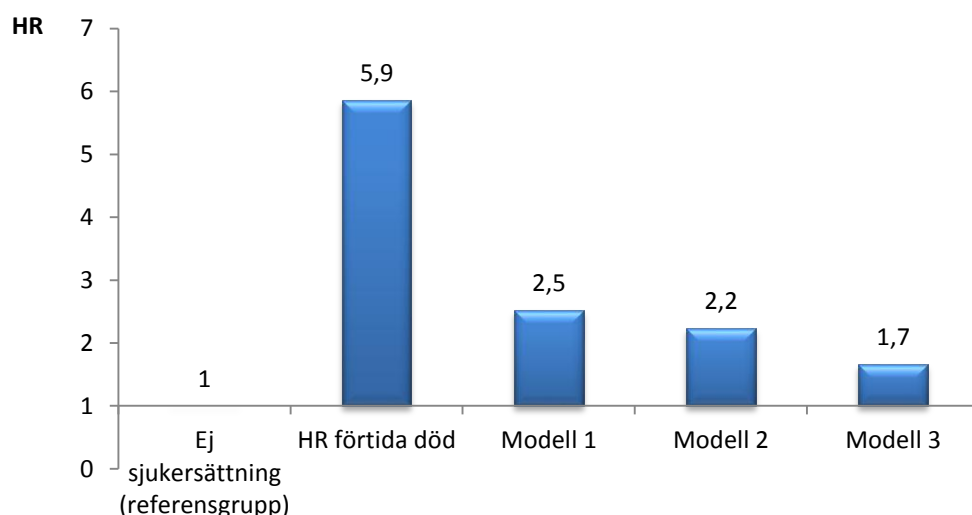
Modell 1: Kontrollerad för ålder.

Modell 2: Kontrollerad för ålder, utbildningsnivå, region, familjesituation och födelse-region.

Modell 3: Kontrollerad för ålder, utbildningsnivå, region, familjesituation, födelse-region och vårdtid.

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

I figur 2 visas motsvarande förhöjda risk för förtida död vid sjukersättning bland män i jämförelse med män utan sjukersättning. Även bland män var åldern den mest betydelsefulla faktorn för förtida död. Sociodemografiska faktorer, modell 2, visade sig ha något större betydelse för mäns risk än för kvinnors. När hänsyn tagits till ålder, sociodemografiska förhållanden och vårdtid hade de män som fått ny sjukersättning 1995 66 procent högre risk för förtida död jämfört med män utan sjukersättning.



Ej sjukersättning (referensgrupp)	Relativ risk för förtida död (HR), 95% KI	Modell 1 HR (95% KI)	Modell 2 HR (95% KI)	Modell 3 HR (95% KI)
1	5,86 (5,68–6,04)	2,52 (2,44–2,59)	2,23 (2,16–2,30)	1,66 (1,61–1,71)

Modell 1: Kontrollerad för ålder.

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

Modell 3: Kontrollerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Figur 2. Den relativa risken för förtida död bland män med nybeviljad sjukersättning 1995. Referensgrupp är män utan sjukersättning (HR = 1).

Kvinnors och mäns sjukersättningsdiagnoser, förtida död och dödsorsaker

Sjukersättningsdiagnos och dödsorsak

Den som beviljats sjukersättning för en specifik diagnos kan avlida i den diagnosen eller i en annan dödsorsak. I tabell 4 visas sjukersättningsdiagnoser relaterat till dödsorsaker bland kvinnor och män. Sjukersättningsdiagnoserna har kodats enligt ICD-10 på den övergripande kapitelnivån. Gruppen ”skador och förgiftningar” innehåller exempelvis olycksfall, våldsskador och suicid. Suicid kan självfallet inte finnas som sjukersättningsdiagnos men som dödsorsak och gruppen skador och förgiftningar redovisas därför som dödsorsak uppdelad i suicid och ej suicid.

Som framgår av tabellen var det relativt låg grad av överensstämmelse mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak. Könsskillnaderna var också stora i en del dödsorsaker och små i andra. Endast ett fåtal kvinnor och män som hade sjukersättning i den vanligaste diagnosgruppen, muskuloskeletala diagnoser, avled i sådan sjukdom (1,5 % kvinnor respektive 0,8 % män). Detta var väntat; muskuloskeletala sjukdomar är generellt en mycket sällsynt dödsorsak (18). Både bland kvinnor och bland män med sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser var istället tumörer den vanligaste dödsorsaken. Tumörsjukdom var den vanligaste dödsorsaken även bland kvinnor med sjukersättning i psykiska diagnoser, i skador och förgiftningar samt i gruppen övriga diagnoser. Den vanligaste dödsorsaken bland män var cirkulationsorganens sjukdomar som, förutom bland män med sjukersättning i denna diagnos, även var vanligast vid sjukersättning i psykiska sjukdomar, skador och förgiftningar, endokrina sjukdomar samt övriga sjukdomar.

Kvinnor och män med sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser, tumördiagnoser, andningsorganens diagnoser eller i nervsystemets diagnoser hade också högst andel som avled i respektive sjukdom. Det fanns alltså en tydlig koppling mellan dessa sjukersättningsdiagnoser och dödsorsak

Tabell 4. Andel avlidna i olika dödsorsaker, 1996–2009 i förhållande till sjukersättningsdiagnos 1995 bland kvinnor och män.^a

Sjukersättning 1995			Dödsorsaker 1996–2009, (n samt % av totala antalet avlidna med respektive sjukersättningsdiagnos)									
Diagnos	Antal	Avlidna n (%) ^b	1. Muskulo- skeletala	2. Psykiska	3. Cirkulations- organen	4. Skador, förgiftningar		5. Nerv- systemet	6. And- ningsorgan	7. Tumörer	8. Endokrina	9. Övriga
						Ej suicid	Suicid					
1. Muskuloskeletala												
Kvinnor	10 181	890 (8,7)	13 (1,5)	13 (1,5)	185 (20,8)	24 (2,7)	19 (2,1)	20 (2,2)	38 (4,3)	410 (46,1)	14 (1,6)	154 (17,3)
Män	6 841	1 168 (17,1)	9 (0,8)	26 (2,2)	373 (31,9)	50 (4,3)	21 (1,8)	23 (2,0)	35 (3,0)	402 (34,4)	25 (2,1)	204 (17,5)
2. Psykiska												
Kvinnor	3 795	442 (11,6)	–	26 (5,9)	86 (19,5)	42 (9,5)	46 (10,4)	22 (5,0)	24 (5,4)	112 (25,3)	6 (1,4)	77 (17,4)
Män	3 666	764 (20,8)	–	66 (8,6)	187 (24,5)	125 (16,4)	69 (9,0)	24 (3,1)	33 (4,3)	119 (15,6)	18 (2,4)	123 (16,1)
3. Cirkulationsorganen												
Kvinnor	1 200	248 (20,7)	–	–	104 (41,9)	–	–	–	–	69 (27,8)	11 (4,4)	42 (16,9)
Män	2 620	956 (36,5)	–	9 (0,9)	524 (54,8)	27 (2,8)	–	–	25 (2,6)	189 (19,8)	30 (3,1)	138 (14,4)
4. Skador, förgiftningar												
Kvinnor	751	73 (9,7)	–	–	14 (19,2)	–	–	–	–	30 (41,1)	–	14 (19,2)
Män	865	150 (17,3)	–	–	41 (27,3)	19 (12,7)	–	–	–	37 (24,7)	–	28 (18,7)
5. Nervsystemet												
Kvinnor	839	157 (18,7)	–	–	29 (18,5)	–	–	51 (32,5)	11 (7,0)	34 (21,7)	–	17 (10,8)
Män	742	252 (34,0)	–	8 (3,2)	70 (27,8)	13 (5,2)	–	79 (31,3)	8 (3,2)	40 (15,9)	–	23 (9,1)
6. Andningsorganen												
Kvinnor	584	201 (34,4)	–	–	28 (13,9)	–	–	–	96 (47,8)	46 (22,9)	–	21 (10,4)
Män	505	188 (37,2)	–	–	48 (25,5)	–	–	–	57 (30,3)	43 (22,9)	–	28 (14,9)
7. Tumörer												
Kvinnor	587	296 (50,4)	–	–	–	–	–	–	–	268 (90,5)	–	13 (4,4)
Män	375	249 (66,4)	–	–	18 (7,2)	–	–	–	–	205 (82,3)	–	16 (6,4)
8. Endokrina												
Kvinnor	457	129 (28,2)	–	–	45 (34,9)	–	–	–	–	22 (17,1)	32 (24,8)	19 (14,7)
Män	502	251 (50,0)	–	–	112 (44,6)	–	–	–	–	36 (14,3)	62 (24,7)	31 (12,4)
9. Övriga												
Kvinnor	1 964	266 (13,5)	–	–	48 (18,0)	10 (3,8)	–	–	13 (4,9)	107 (40,2)	8 (3,0)	64 (24,1)
Män	1 471	338 (23,0)	–	10 (3,0)	103 (30,5)	18 (5,3)	–	8 (2,4)	14 (4,1)	87 (25,7)	9 (2,7)	86 (25,4)

a. Om antalet avlidna understiger åtta redovisas inga siffror.

b. Antal och andel avlidna bland de som fick sjukersättning 1995 med respektive diagnos.

Risken att avlida varierar mycket med ålder (19). Därför redovisas nedan den relativa risken för förtida död i de olika sjukersättningsdiagnoserna, stratifierat för ålder. Både bland kvinnor och bland män med sjukersättning var antalet avlidna i åldersgrupperna 16–34 år få i flera av sjukersättningsdiagnoserna. Vi har trots det valt att ha alla åldersgrupper med för alla diagnosgrupper. När antal avlidna i en åldersgrupp understiger åtta personer redovisas inte några resultat för gruppen.

Sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser och risk för förtida död

Generellt var andelen personer med nybeviljad sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser 1995 som avled under uppföljningstiden relativt låg. Bland dessa var den relativa risken för förtida död under de kommande 14 åren högre i yngre åldrar jämfört med i den äldsta åldersgruppen (tabell 5). Efter justering för sociodemografiska faktorer och vårdtid fanns fortfarande viss överrisk för förtida död bland kvinnor i åldersgruppen 35–44 år och bland män över 45 år. I tabell 4 ovan visades att bland personer med muskuloskeletala sjukersättningsdiagnoser var det viss skillnad mellan kvinnor och män i dödsorsak; en högre andel kvinnor avled i tumörsjukdomar (46 %) medan män även de avled i tumörsjukdomar (34 %) men nästan lika hög andel avled i cirkulationsorganens sjukdomar (32 %).

Tabell 5. Relativ risk (HR) för förtida död 1996–2009 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper med nybeviljad sjukersättning 1995 i *muskuloskeletala diagnoser*. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995 (HR = 1).

Åldersgrupper	Sjukersättning antal	Död 1996–2009			
		Antal	Andel (%)	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% CI)
<i>Kvinnor</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24 år	23	–	–	–	–
25–34	423	–	–	–	–
35–44	1 370	46	3,36	1,81 (1,36–2,42)	1,37 (1,03–1,83)
45–54	3 341	214	6,41	1,39 (1,21–1,59)	1,07 (0,93–1,22)
55–64	5 024	631	12,56	1,24 (1,14–1,34)	1,09 (1,01–1,18)
<i>Män</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24 år	9	–	–	–	–
25–34	124	–	–	–	–
35–44	581	30	5,16	1,80 (1,26–2,57)	0,95 (0,67–1,37)
45–54	1 978	257	12,99	1,88 (1,66–2,12)	1,20 (1,06–1,36)
55–64	4 149	896	21,60	1,35 (1,26–1,44)	1,15 (1,07–1,23)

a. Justerad för utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättning i psykiska diagnoser och risk för förtida död

Riskerna för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i psykiska diagnoser var större än bland dem med muskuloskeletala diagnoser. Det var få män i den yngsta gruppen, 16–24 år, vilket gör resultaten osäkra, men de hade en kraftigt förhöjd risk för förtida död och en fördubblad risk kvarstod efter att hänsyn tagits till sociodemografiska faktorer och vårdtid (tabell 6). Andelen kvinnor i denna åldersgrupp var för få för att redovisas. Sociodemografiska faktorer och vårdtid hade större effekt på riskestimaten bland män än bland kvinnor, särskilt i gruppen 25–34 år. Risken för förtida död bland kvinnor med sjukersättning i psykisk diagnos jämfört med kvinnor utan sjukersättning var lägre i alla åldersgrupper än bland män, men bland män minskade riskestimaten mer än bland kvinnor efter

justering av sociodemografiska faktorer och vårdtid. Efter denna justering var den förhöjda risken i varje åldersgrupp något högre bland kvinnor än bland män. I tabellen visas även att antalet och andelen män med sjukersättning i psykiska diagnoser som avled under uppföljningstiden i varje åldersgrupp var betydligt högre än bland kvinnor.

Tabell 6. Relativ risk (HR) för förtida död 1996–2009 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper med ny-beviljad sjukersättning 1995 i *psykiska diagnoser*. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995 (HR = 1).

Åldersgrupper	Sjuk- ersättning antal	Död 1996–2009			
		Antal	Andel (%)	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% CI)
<i>Kvinnor</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	242	–	–	–	–
25–34	599	32	5,34	7,77 (5,49–11,01)	3,92 (2,76–5,58)
35–44	887	76	8,57	4,80 (3,83–6,01)	2,71 (2,16–3,40)
45–54	1 158	152	13,13	2,97 (2,53–3,48)	2,05 (1,75–2,40)
55–64	909	179	19,69	2,04 (1,77–2,37)	1,75 (1,51–2,03)
<i>Män</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	228	12	5,26	6,12 (3,47–10,78)	2,21 (1,25–3,91)
25–34	655	82	12,52	10,71 (8,61–13,31)	3,39 (2,72–4,23)
35–44	909	155	17,05	6,46 (5,52–7,57)	2,22 (1,89–2,61)
45–54	1 052	255	24,24	3,87 (3,43–4,38)	1,83 (1,62–2,07)
55–64	822	273	33,21	2,28 (2,02–2,57)	1,68 (1,49–1,89)

a. Justerad för utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser och risk för förtida död

Den största könsskillnaden både i absoluta tal och i andel avlidna personer med sjukersättning visade sig i cirkulationsorganens diagnoser. I tabell 7 framgår att antalet avlidna under uppföljningsperioden var nästa fyra gånger så högt bland män som bland kvinnor med sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser. Bland kvinnor var antalet med förtida död lägre än åtta i åldrarna 16–44 år och bland män i åldrarna 16–34 år.

Den kvarvarande risken för förtida död efter justering var dubbelt så hög för kvinnor med sjukersättning jämfört med kvinnor utan sjukersättning i ålder över 44 år. Bland män var skillnaden mellan åldersgrupper större än bland kvinnor och i åldersgruppen 35–44 år var risken för förtida död sex gånger högre bland dem med sjukersättning och tre gånger så hög i den äldsta åldersgruppen. Socio-ekonomiska faktorer och vårdtid visade sig även i denna diagnosgrupp ha större betydelse bland män än bland kvinnor med dessa sjukersättningsdiagnoser.

Efter justering av riskestimaten hade fortfarande både kvinnor och män med sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser en dubbelt så hög risk för förtida död.

Tabell 7. Relativ risk (HR) för förtida död 1996–2009 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper med ny-beviljad sjukersättning 1995 i *cirkulationsorganens diagnoser*. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995 (HR = 1).

Åldersgrupper	Sjuk- ersättning antal	Död 1996–2009			
		Antal	Andel (%)	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% CI)
<i>Kvinnor</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	–	–	–	–	–
25–34	18	–	–	–	–
35–44	72	–	–	–	–
45–54	305	50	16,39	3,77 (2,85–4,97)	2,12 (1,61–2,8)
55–64	803	195	24,28	2,58 (2,24–2,97)	1,91 (1,66–2,2)
<i>Män</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	9	–	–	–	–
25–34	17	–	–	–	–
35–44	75	12	16,00	5,99 (3,4–10,55)	2,11 (1,2–3,71)
45–54	582	183	31,44	5,10 (4,41–5,89)	2,18 (1,88–2,52)
55–64	1 937	768	39,65	2,83 (2,63–3,03)	1,89 (1,76–2,04)

a. Justerad för utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättning i skador och förgiftningar och risk för förtida död

Bland personer med sjukersättning i skador och förgiftningar var förtida död relativt ovanligt. Bland kvinnor med sådan sjukersättning fanns det en förhöjd risk bland dem över 54 år. Bland män var risken för förtida död högre och kunde beräknas även i åldersgruppen 35–44 år. Det var endast i den åldersgruppen som en förhöjd risk på 80 procent kvarstod efter justering.

Tabell 8. Relativ risk (HR) för förtida död 1996–2009 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper med ny-beviljad sjukersättning 1995 i *skador och förgiftningar*. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995 (HR = 1).

Åldersgrupper	Sjuk- ersättning antal	Död 1996–2009			
		Antal	Andel (%)	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% CI)
<i>Kvinnor</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	19	–	–	–	–
25–34	107	–	–	–	–
35–44	140	–	–	–	–
45–54	222	15	6,76	1,48 (0,89–2,45)	1,08 (0,65–1,79)
55–64	263	46	17,49	1,77 (1,32–2,36)	1,33 (1,00–1,78)
<i>Män</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	29	–	–	–	–
25–34	93	–	–	–	–
35–44	124	16	12,90	4,64 (2,84–7,57)	1,84 (1,12–3,00)
45–54	270	41	15,19	2,26 (1,66–3,07)	1,17 (0,86–1,60)
55–64	349	90	25,79	1,67 (1,36–2,06)	1,18 (0,96–1,46)

a. Justerad för utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättning i nervsystemets diagnoser och risk för förtida död

Bland de som fick sjukersättning 1995 i nervsystemets diagnoser avled en hög andel, högst bland männen i varje åldersgrupp (tabell 9). Kvinnor hade högst antal med sjukersättning i dessa diagnoser i åldersgrupperna 16–54 år och män högst antal i gruppen 55–64 år. Precis som resultaten tidigare visade hade män högst relativ risk för förtida död vid sjukersättning och sociodemografiska faktorer och vårdtid hade större betydelse för riskestimaten för män än för kvinnor. Efter justering var den relativa risken för förtida död hög både bland kvinnor och bland män med dessa sjukersättningsdiagnoser. Det fanns här en tydlig åldersskillnad med högst risk för förtida död i åldersgruppen 35–44 år. Av dessa kvinnor och män med sjukersättning i nervsystemets sjukdomar avled en knapp tredjedel i dessa diagnoser enligt tabell 4.

Tabell 9. Relativ risk (HR) för förtida död 1996–2009 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper med nybeviljad sjukersättning 1995 i *nervsystemets diagnoser*. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995 (HR = 1).

Åldersgrupper	Sjukersättning antal	Död 1996–2009			
		Antal	Andel (%)	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% CI)
<i>Kvinnor</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	25	–	–	–	–
25–34	92	–	–	–	–
35–44	173	26	15,03	8,70 (5,92–12,78)	5,71 (3,88–8,4)
45–54	282	48	17,02	3,95 (2,98–5,24)	2,87 (2,16–3,82)
55–64	267	77	28,84	3,19 (2,55–3,99)	2,73 (2,18–3,42)
<i>Män</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	33	–	–	–	–
25–34	65	–	–	–	–
35–44	101	30	29,70	12,19 (8,52–17,45)	4,90 (3,42–7,02)
45–54	228	67	29,39	4,91 (3,87–6,24)	2,89 (2,27–3,67)
55–64	315	147	46,67	3,57 (3,03–4,19)	2,87 (2,44–3,37)

a, Justerad för utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättning i andningsorganens diagnoser och risk för förtida död

Resultaten vad avser risk för förtida död vid sjukersättning i andningsorganens diagnoser skilde sig från de tidigare resultaten på så sätt att gruppen var äldre och risken för förtida död var högst bland kvinnor även utan justering för socioekonomiska faktorer och vårdtid.

Tabell 10. Relativ risk (HR) för förtida död 1996–2009 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper med nybeviljad sjukersättning 1995 i *andningsorganens diagnoser*. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995 (HR = 1).

Åldersgrupper	Sjukersättning antal	Död 1996–2009			
		Antal	Andel (%)	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% CI)
<i>Kvinnor</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	–	–	–	–	–
25–34	17	–	–	–	–
35–44	43	–	–	–	–
45–54	156	37	23,72	5,85 (4,24–8,08)	4,31 (3,12–5,95)
55–64	365	160	43,84	5,46 (4,68–6,38)	4,61 (3,95–5,39)
<i>Män</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	–	–	–	–	–
25–34	–	–	–	–	–
35–44	23	–	–	–	–
45–54	108	36	33,33	5,74 (4,14–7,96)	3,22 (2,32–4,46)
55–64	369	149	40,38	2,90 (2,47–3,41)	2,38 (2,03–2,80)

a. Justerad för utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättning i tumördiagnoser och risk för förtida död

När det gäller tumörsjukdomar hade kvinnor högst antal med sjukersättning i dessa diagnoser och hade högre antal med förtida död i åldersgrupperna 16–54 år och även högst andel förtida död i de yngre grupperna 16–44 år. I tabell 11 visas att riskerna för förtida död bland kvinnor med sjukersättning i tumördiagnoser, i förhållande till kvinnor utan sjukersättning, var synnerligen höga, men samtidigt var konfidensintervallen breda och riskestimaten därmed mer osäkra i åldersgrupperna 16–44 år. Bland män med sjukersättning för dessa diagnoser var antalet med förtida död mindre än åtta personer i åldersgrupperna 16–34 år. I åldersgrupperna 45–64 år var risken för förtida död relativt lika bland kvinnor och bland män med sådan sjukersättning. Den relativa risken för förtida död var kraftigt förhöjd bland både kvinnor och män med sjukersättning för tumörsjukdomar, mest bland kvinnor utom i den äldsta gruppen. Sjukersättning i tumördiagnoser var den diagnosgrupp där sjukersättningsdiagnosen till den allra största delen även var dödsorsak, 91 procent bland kvinnor och 84 procent bland män (tabell 4).

Tabell 11. Relativ risk (HR) för förtida död 1996–2009 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper med ny-beviljad sjukersättning 1995 i *tumördiagnoser*. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995 (HR = 1).

Åldersgrupper	Sjuk- ersättning antal	Död 1996–2009			Justerad ^a HR (95% CI)
		Antal	Andel (%)	HR (95% KI)	
<i>Kvinnor</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	16	9	56,25	303,03 (157,35–583,57)	156,72 (80,65–304,54)
25–34	22	9	40,91	79,05 (41,1–152,05)	45,92 (23,82–88,50)
35–44	55	27	49,09	47,4 (32,49–69,15)	32,12 (21,98–46,92)
45–54	179	91	50,84	17,48 (14,22–21,47)	10,71 (8,71–13,17)
55–64	315	160	50,79	7,95 (6,81–9,29)	5,52 (4,72–6,45)
<i>Män</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	15	–	–	–	–
25–34	11	–	–	–	–
35–44	25	9	36,00	17,45 (9,08–33,54)	6,2 (3,22–11,93)
45–54	96	63	65,63	17,21 (13,44–22,03)	8,31 (6,49–10,65)
55–64	228	171	75,00	9,83 (8,46–11,42)	6,60 (5,68–7,68)

a. Justerad för utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättning i endokrina diagnoser och risk för förtida död

Antalet med sjukersättning i endokrina diagnoser var för lågt för att beräkna risken för förtida död i gruppen 16–24 år bland kvinnor och män och bland män även i gruppen 25–34 år. Bland kvinnor var gruppen liten och resultatet visar mycket hög relativ risk för förtida död, dock med breda konfidensintervall. Justering innebar en kraftig reduktion av den höga risken för förtida död bland män men trots det var risken fem gånger så hög som bland män utan sjukersättning. I gruppen med de äldsta var risken lika hög bland kvinnor och bland män.

Tabell 12. Relativ risk (HR) för förtida död 1996–2009 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper med ny-beviljad sjukersättning 1995 i *endokrina diagnoser*. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995 (HR = 1).

Åldersgrupper	Sjuk- ersättning antal	Död 1996–2009			Justerad ^a HR (95% CI)
		Antal	Andel (%)	HR (95% KI)	
<i>Kvinnor</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	–	–	–	–	–
25–34	43	10	23,26	38,81 (20,86–72,18)	20,06 (10,76–37,39)
35–44	75	9	12,00	6,70 (3,48–12,87)	4,11 (2,14–7,90)
45–54	115	31	26,96	6,67 (4,69–9,48)	4,29 (3,02–6,11)
55–64	219	78	35,62	4,14 (3,32–5,17)	3,14 (2,51–3,92)
<i>Män</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	–	–	–	–	–
25–34	11	–	–	–	–
35–44	51	17	33,33	13,72 (8,53–22,07)	5,04 (3,13–8,11)
45–54	138	77	55,80	11,28 (9,02–14,1)	5,46 (4,37–6,84)
55–64	297	158	53,20	4,40 (3,76–5,14)	3,12 (2,66–3,64)

a. Justerad för utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättning i övriga diagnoser och risk för förtida död

Här presenteras den relativa risken för förtida död för de personer som fick en sjukersättning 1995 i någon annan diagnos än de som redovisats ovan. Den vanligaste dödsorsaken bland dessa kvinnor var tumörsjukdomar (40 %) och bland män cirkulationsorganens sjukdomar (30 %) (tabell 4). I åldersgruppen 25–34 år var den relativa risken högst för förtida död men samtidigt är konfidensintervallen breda både bland kvinnor och bland män. Högst andel förtida död fanns bland män i alla åldersgrupper. Även den relativa risken var högst bland män utom i åldersgruppen 35–44 år.

Tabell 13. Relativ risk (HR) för förtida död 1996–2009 bland kvinnor och män i olika åldersgrupper med nybeviljad sjukersättning 1995 i *övriga diagnoser*. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995 (HR = 1).

Åldersgrupper	Sjukersättning antal	Död 1996–2009			
		Antal	Andel (%)	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% CI)
<i>Kvinnor</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	62	–	–	–	–
25–34	151	9	5,96	8,86 (4,61–17,04)	5,52 (2,87–10,63)
35–44	266	21	7,89	4,38 (2,85–6,72)	3,03 (1,97–4,64)
45–54	527	59	11,20	2,49 (1,93–3,21)	1,82 (1,41–2,35)
55–64	958	178	18,58	1,91 (1,65–2,22)	1,59 (1,37–1,84)
<i>Män</i>					
Ej sjukersättning				1	1
16–24	66	–	–	–	–
25–34	91	17	18,68	16,57 (10,29–26,66)	6,77 (4,2–10,90)
35–44	158	25	15,82	6,05 (4,08–8,95)	2,58 (1,74–3,83)
45–54	388	97	25,00	3,98 (3,26–4,86)	2,32 (1,90–2,84)
55–64	768	216	28,13	1,87 (1,63–2,13)	1,50 (1,32–1,72)

a. Justerad för utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Själv mord som dödsorsak bland kvinnor och män med sjukersättning

I tabell 4 visade vi att i diagnosgruppen skador och förgiftningar ingick suicid (själv mord) vilket alltså inte kunde vara en sjukersättningsdiagnos däremot en dödsorsak. I tabell 4 delades därför död på grund av skador och förgiftningar upp i två grupper och suicid redovisades separat. Själv mord kan vi således endast redovisa som diagnosspecifik förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning 1995.

Antal och andel själv mord var relativt lågt i jämförelse med död i cirkulationsorganens sjukdomar och tumörsjukdomar. I tabell 4 visades att av dem med sjukersättning i muskuloskeletal diagnos respektive i psykiska diagnoser avled två respektive tio procent i själv mord de kommande 14 åren, en något högre andel av kvinnorna.

Den relativa risken för själv mord var fyra gånger så hög för kvinnor med sjukersättning jämfört med kvinnor utan sjukersättning och när det gällde denna dödsorsak var det framför allt justering för vårdtid som påverkade riskestimaten, inte ålder (tabell 14). Den förhöjda risken för själv mord bland

män med sjukersättning jämfört med män utan var lägre än bland kvinnor. Inte heller bland män tycktes ålder ha någon betydelse, däremot påverkades riskestimaten vid justering för socioekonomiska faktorer och vårdtid.

Även efter justering för de olika inkluderade faktorerna hade kvinnorna nästan tre gånger så hög risk för självmord under uppföljningstiden. Bland män var risken nästan dubbelt så hög.

Tabell 14. Antal och andel kvinnor och män avlidna i självmord 1996–2009 bland de med nybeviljad sjukersättning 1995 samt HR för självmord, referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning (HR = 1).

	Självmord		Ej sjuk- ersätt- ning	Relativ risk för självmord (HR), (95% KI), 1996–2009			
	n	%		HR	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Kvinnor	77	0,38	1	4,42 (3,52–5,55)	4,56 (3,62–5,74)	3,98 (3,16–5,02)	2,88 (2,28–3,63)
Män	117	0,67	1	3,06 (2,55–3,68)	2,99 (2,48–3,59)	2,56 (2,13–3,08)	1,76 (1,46–2,13)

Modell 1: Kontrollerad för ålder.

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

Modell 3: Kontrollerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättning och risk för förtida död i tre olika kohorter: 1995, 2000 respektive 2005

I denna del av projektet jämförs risken för förtida död bland personer med sjukersättning i de tre olika kohorter som beskrivs i metoddelen. I denna jämförelse begränsades uppföljningstiden efter respektive kohorts startår till fyra år, för att få lika lång uppföljningstid i varje kohort. Skälet till att studera detta är eventuella förändringar i faktorer som kan påverka sambanden mellan sjukersättning och förtida död. Sådana förändringar är bland annat att sjuklighet förändrats över tid med en ökning framför allt av andelen psykiska besvär (19), att medelåldern bland dem som nybeviljats sjukersättning sjunkit, särskilt bland kvinnorna, att arbetsmarknad, ekonomiska konjunkturer, andel arbetslösa, genomsnittsålder bland de i arbetsföra åldrar samt att regelverket kring sjukfrånvaro och sjukersättning förändras liksom tillämpningen av reglerna (20–22). En fråga som detta leder till är om sådana förändringar innebär att risken för förtida död bland personer med nybeviljad sjukersättning också förändrats över tid.

En central fråga är om det så kallade ”ohälsoinnehållet” i sjukersättningarna varierat över tid och om detta i så fall påverkar risken för förtida död samt om sådana förändringar går i samma riktning för kvinnor och män. I analyserna användes data om vårdtid som ett mått på tidigare sjuklighet. Individernas sammanlagda vårdtid, mätt som antal dagar personen varit ineliggande på sjukhus under de fem åren före kohortens startår, beräknades. Detta redovisas i relation till diagnos för nybeviljad sjukersättning för var och en av de tre kohorterna i tabell 15a-c.

I tabell 15a visas data för dem som inte hade några vård dagar innan beslutet om sjukersättning. Generellt var det stora variationer i andelen kvinnor och män utan några tidigare vård dagar i relation till sjukersättningsdiagnos, inom alla tre kohorterna. Andelen utan tidigare vårdtid var lägst bland kvinnor och män med sjukersättning i tumördiagnoser och högst i muskuloskeletala diagnoser. Det fanns en ökande andel både bland kvinnor och bland män vilka inte hade några vård dagar fem år innan sjukersättning, framför allt för de med sjukersättning i muskuloskeletala, psykiska, endokrina och nervsystemets diagnoser respektive i skador och förgiftningar. En högre andel kvinnor utan vård dagar innan sjukersättning i andningsorganens diagnoser fanns i kohorten 2005 jämfört med kohorten 1995 men motsvarande gällde inte för män. Bland män fanns en högre andel utan vård dagar bland dem med nybeviljad sjukersättning i tumördiagnoser i kohorten 2005 men motsvarande förändring fanns inte bland kvinnor.

Tabell 15a. Antal och andel kvinnor och män utan vårddagar under de fem åren före respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005), i relation till diagnos för nybeviljad sjukersättning under kohortens startår.

Sjukersättningsdiagnos	Inga vårddagar under de fem åren före startåret					
	Kohort 1995		Kohort 2000		Kohort 2005	
	antal	%	antal	%	antal	%
<i>Kvinnor</i>						
Ingen sjukersättning	1 734 628	72	1 805 099	74	1 854 829	77
Muskuloskeletala	5 587	55	7 091	59	8 194	62
Psykiska	1 567	41	2 835	47	7 599	59
Cirkulationsorganen	233	19	248	19	254	19
Skador & förgiftningar	250	33	559	41	584	45
Nervsystemet	317	38	406	39	558	46
Andningsorganen	254	43	243	45	193	50
Tumörer	67	11	79	12	102	12
Endokrina	144	32	166	35	238	46
Övriga diagnoser	862	44	1 263	48	1 978	54
<i>Män</i>						
Ingen sjukersättning	2 073 280	81	2 128 042	82	2 190 456	84
Muskuloskeletala	3 770	55	3 518	56	4 280	61
Psykiska	1 463	40	2 208	45	4 392	56
Cirkulationsorganen	381	15	330	14	342	16
Skador & förgiftningar	227	26	429	34	473	39
Nervsystemet	283	38	370	43	490	50
Andningsorganen	221	44	199	46	175	46
Tumörer	45	12	56	12	80	16
Endokrina	129	26	163	31	189	37
Övriga diagnoser	643	44	799	43	1 123	48
<i>Alla</i>	3 824 351	76	3 954 103	78	4 076 529	80

Av tabell 15b framgår att det inte fanns några större skillnader mellan de tre kohorterna avseende dem som haft någon vårddag men inte fler än medianvårdtiden under femårsperioden före kohortens startår. Det fanns en svag ökning av andelen kvinnor och män som beviljades sjukersättning i psykiska diagnoser mellan kohort 2000 och kohort 2005. Andelen som haft under eller medianvårdtid ökade något mellan kohorterna bland män som fick en nybeviljad sjukersättning i skador och förgiftningar. Bland kvinnor ökade andelen som haft vårddagar innan sjukersättning i tumördiagnoser respektive i cirkulationsorganens diagnoser.

Tabell 15b. Antal och andel kvinnor och män med vårdtid, men mindre än eller medianvårdtid^a under de fem åren före respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005), i relation till diagnos för nybeviljad sjukersättning under startåret.

Sjukersättningsdiagnos	Antal och andel (%) med en vård dag, men \leq medianvårdtiden					
	Kohort 1995		Kohort 2000		Kohort 2005	
	antal	%	antal	%	antal	%
<i>Kvinnor</i>						
Ingen sjukersättning	342 971	14	308 418	13	301 937	13
Muskuloskeletala	1 695	17	1 850	15	2 281	17
Psykiska	477	13	862	14	2 020	16
Cirkulationsorganen	148	12	177	13	222	17
Skador & förgiftningar	129	17	274	20	244	19
Nervsystemet	140	17	174	17	209	17
Andningsorganen	91	16	85	16	71	18
Tumörer	73	12	89	13	164	19
Endokrina	81	18	84	18	87	17
Övriga diagnoser	300	15	392	15	618	17
<i>Män</i>						
Ingen sjukersättning	298 147	12	278 606	11	264 740	10
Muskuloskeletala	1 236	18	1 033	16	1140	16
Psykiska	466	13	653	13	1151	15
Cirkulationsorganen	335	13	235	10	276	13
Skador & förgiftningar	134	15	242	19	225	18
Nervsystemet	122	16	121	14	130	13
Andningsorganen	101	20	62	14	76	20
Tumörer	31	8	50	11	45	9
Endokrina	66	13	77	14	74	14
Övriga diagnoser	215	15	307	17	390	17
<i>Alla</i>	646 958	13	593 791	12	576 100	11

a. Medianvårdtiden var i kohort 1995: 4 vård dagar; i kohorterna 2000 respektive 2005: 3 vård dagar.

Andelen som haft vårdtid över medianvårdtid under den föregående femårsperioden blev lägre för alla sjukersättningsdiagnoser för både kvinnor och män när kohort 1995 jämförs med kohort 2005 (starkast för psykiska och endokrina diagnoser samt skador och förgiftningar) (tabell 15c). Högst andel med vård dagar över medianen hade de som fick sjukersättning i tumördiagnoser, cirkulationsorganens diagnoser respektive i endokrina diagnoser, i den ordningen. Detta gällde alla tre kohorterna och både kvinnor och män.

Tabell 15c. Antal och andel kvinnor och män med fler än medianvårdtiden^a under de fem åren före respektive kohorts startår (1995, 2000 respektive 2005), i relation till diagnos för nybeviljad sjukersättning under startåret.

Sjukersättningsdiagnos	Antal och andel personer med fler vård dagar än medianvårdtiden					
	Kohort 1995		Kohort 2000		Kohort 2005	
	antal	%	antal	%	antal	%
<i>Kvinnor</i>						
Ingen sjukersättning	344 013	14	325 393	13	253 417	11
Muskuloskeletala	2 899	28	3 168	26	2 703	21
Psykiska	1 751	46	2 350	39	3 268	25
Cirkulationsorganen	819	68	898	68	845	64
Skador & förgiftningar	372	50	545	40	475	36
Nervsystemet	382	46	462	44	441	37
Andningsorganen	239	41	216	40	125	32
Tumörer	447	76	500	75	620	70
Endokrina	232	51	230	48	197	38
Övriga diagnoser	802	41	962	37	1 045	29
<i>Män</i>						
Ingen sjukersättning	175 539	7	175 284	7	149 074	6
Muskuloskeletala	1 835	27	1 746	28	1 568	22
Psykiska	1 737	47	2 091	42	2 235	29
Cirkulationsorganen	1 904	73	1 876	77	1 478	71
Skador & förgiftningar	504	58	594	47	527	43
Nervsystemet	337	45	377	43	356	36
Andningsorganen	183	36	168	39	129	34
Tumörer	299	80	354	77	380	75
Endokrina	307	61	293	55	249	49
Övriga diagnoser	613	42	743	40	838	36
<i>Alla</i>	535 214	11	518 250	10	419 970	8

a. Medianvårdtiden är i kohorten 1995 4 vård dagar, och i kohorterna 2000 respektive 2005 3 dagar.

Antalet kvinnor som fick en nybeviljad sjukersättning under de tre kohorternas respektive startår (1995, 2000 respektive 2005) översteg tydligt antalet män med nybeviljad sjukersättning. Störst var könsskillnaden i kohort 2005 (tabell 16). Den relativa risken för förtida död bland personer med sjukersättning var högre för både kvinnor och män i kohort 1995 än i kohort 2005. Risken för förtida död bland personer med nybeviljad sjukersättning var lägre bland kvinnor än bland män. Risken för förtida död minskade mer bland kvinnor än bland män mellan kohort 1995 och kohort 2005 vilket innebar större skillnad dem emellan i kohort 2005.

Justering för ålder minskade, som väntat, riskestimaten signifikant i de tre kohorterna, bland både kvinnor och män. Sociodemografiska faktorer påverkade endast mäns riskestimat med en signifikant minskning i alla kohorterna. I kohort 1995 och kohort 2000 innebar justeringen för vårdtid innan sjukersättningen att riskestimaten minskade mest bland män och risken för förtida död var på samma nivå bland kvinnor och män med sjukersättning. I kohort 2005 var den relativa risken för förtida död högre bland män än bland kvinnor även efter justering för tidigare vårdtid. Bland kvinnor med sjukersättning fanns en tendens till minskning av risken för förtida död mellan kohorterna, men bland män var tendensen den motsatta även efter justering för sociodemografiska faktorer och vårdtid.

Tabell 16. Kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning i de tre kohorterna med startår 1995, 2000 respektive 2005 och relativ risk (HR) med 95 % konfidensintervall (KI), för förtida död under respektive kohorts uppföljningstid om fyra år. Referensgrupp är kvinnor respektive män utan sjukersättning 1995, 2000 respektive 2005 (HR = 1).

Kohort	Antal med sjukersättning	Avlinda		Crude HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)	Justerad ^b HR (95% KI)	Justerad ^c HR (95% KI)
		n	%				
<i>1995</i>							
Kvinnor	20 358	675	3,32	6,33 (5,86–6,84)	3,07 (2,84–3,32)	2,86 (2,64–3,09)	2,07 (1,92–2,24)
Män	17 587	1 136	6,46	7,47 (7,03–7,93)	3,40 (3,20–3,61)	2,96 (2,79–3,15)	1,92 (1,81–2,04)
<i>2000</i>							
Kvinnor	26 208	732	2,79	5,29 (4,91–5,70)	2,79 (2,59–3,00)	2,60 (2,42–2,81)	1,91 (1,77–2,06)
Män	19 094	1 115	5,84	6,75 (6,36–7,17)	3,48 (3,28–3,70)	2,99 (2,81–3,17)	1,88 (1,77–2,00)
<i>2005</i>							
Kvinnor	35 335	759	2,15	4,58 (4,26–4,93)	2,64 (2,45–2,84)	2,48 (2,31–2,67)	1,84 (1,71–1,99)
Män	22 811	1 187	5,20	6,65 (6,27–7,05)	3,80 (3,58–4,03)	3,32 (3,13–3,52)	2,22 (2,09–2,36)

a. Justerad för ålder.

b. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation och födelseregion.

c. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Sjukersättningsdiagnoser i de tre kohorterna och risk för förtida död

Mellan kohort 1995 och kohort 2000 skedde en ökning av antalet kvinnor med sjukersättning i alla diagnosgrupper utom i andningsorganens för vilka det skedde en minskning vilken ytterligare hade minskat i kohort 2005 (tabell 17–25). En minskning skedde även av antalet kvinnor med sjukersättning i skador och förgiftningar från kohort 2000 till kohort 2005. Sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser var antalsmässigt ungefär detsamma. För övriga diagnosgrupper fortsatte ökningen.

Bland män med sjukersättning minskade antalet med sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser, cirkulationsorganens diagnoser och i andningsorganens diagnoser i kohort 1995 jämfört med kohort 2000 och de två sistnämnda sjukersättningsdiagnoserna var ännu lägre i kohort 2005. En minskning skedde också av sjukersättning i endokrina diagnoser mellan kohort 2000 och kohort 2005. Antalet med nybeviljad sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser var dock något högre i kohorten 2005 än i kohorten 2000.

Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser

Muskuloskeletala diagnoser utgjorde den största diagnosgruppen för sjukersättning följt av psykiska diagnoser i kohort 1995 och kohort 2000. I kohort 2005 fanns inte denna skillnad längre och bland män var psykiska diagnoser den största gruppen (tabell 17 och 18). Bland personer med muskuloskeletala sjukersättningsdiagnoser fanns fördubblad risk för kvinnor och en tredubbel risk för män att avlida under uppföljningstiden jämfört med personer utan sjukersättning. Efter justering för sociodemografiska faktorer och vårdtid fanns ingen förhöjd risk för förtida död vid sjukersättning i dessa diagnoser bland kvinnor i någon av kohorterna. Bland män fanns en tendens till ökning mellan kohorterna och i kohort 2005 hade männen med nybeviljad sjukersättning i denna diagnosgrupp en statistiskt säkerställd förhöjd risk efter justeringen av riskestimaten. Kvinnor hade således högre antal med sjukersättning i dessa diagnoser än män i alla tre kohorterna. Männen hade dock i samma diagnosgrupp högre antal, andel och relativ risk för förtida död i alla kohorterna med en tendens till en svag ökning av risken efter justering för sociodemografiska faktorer och vårdtid. Någon motsvarande ökning fanns inte bland kvinnorna.

Tabell 17. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning (SA) i muskuloskeletala diagnoser, i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Sjukersättning muskuloskeletala diagnoser			Död under de kommande fyra åren			
Kohort	Antal	Uppföljningstid	Antal	%	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
Ingen SA					1	1
1995	10 181	1996–99	132	1,30	2,44 (2,06–2,90)	0,84 (0,70–0,99)
2000	12 109	2001–04	176	1,45	2,73 (2,36–3,17)	1,02 (0,87–1,18)
2005	13 178	2006–09	153	1,16	2,46 (2,10–2,88)	0,96 (0,82–1,13)
<i>Män</i>						
Ingen SA					1	1
1995	6 841	1996–99	224	3,27	3,71 (3,25–4,23)	1,06 (0,93–1,21)
2000	6 297	2001–04	206	3,27	3,73 (3,25–4,27)	1,12 (0,98–1,28)
2005	6 988	2006–09	207	2,96	3,73 (3,25–4,28)	1,27 (1,11–1,46)

a. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i psykisk diagnos

Antalet kvinnor med nybeviljad sjukersättning i psykisk diagnos tredubblades mellan kohort 1995 och kohort 2005. Antalet män med sjukersättning i psykisk diagnos (tabell 18) fördubblades och översteg antalet med sjukersättning i muskuloskeletala diagnoser (tabell 17) i kohort 2005. Vi undersökte därför om ökningen i sjukersättning i psykiska diagnoser mellan kohorterna var associerade med en förändring i risken för förtida död över tid. Risken för förtida död vid sjukersättning i psykiska diagnoser var lägre i kohort 2005 än i kohort 1995. Denna skillnad var större bland kvinnor än bland män (tabell 18). Efter justering för sociodemografiska faktorer och vårdtid var risken för förtida död vid sjukersättning i psykiska diagnoser i kohort 1995 2,2 gånger förhöjd bland kvinnor och 2,3 gånger bland män, jämfört med kvinnor respektive män utan sjukersättning. Motsvarande risker för förtida död var betydligt lägre i kohort 2005; 1,4 för kvinnor och 2,2 för män med nybeviljad sjukersättning i psykiska diagnoser under 2005. Könsskillnaden i risk för förtida död har således ökat då kvinnors risk minskat i större utsträckning än mäns.

Tabell 18. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning (SA) i psykiska diagnoser, i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Sjukersättning psykiska diagnoser			Död under de kommande fyra åren			
Kohort	Antal	Uppföljningstid	Antal	%	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
Ingen SA					1	1
1995	3 795	1996–99	103	2,71	5,16 (4,25–6,26)	2,23 (1,84–2,71)
2000	6 047	2001–04	134	2,22	4,19 (3,53–4,96)	1,91 (1,61–2,27)
2005	12 887	2006–09	155	1,20	2,55 (2,18–2,99)	1,41 (1,20–1,66)
<i>Män</i>						
Ingen SA					1	1
1995	3 666	1996–99	213	5,81	6,70 (5,85–7,67)	2,32 (2,02–2,66)
2000	4 952	2001–04	279	5,63	6,52 (5,79–7,33)	2,56 (2,27–2,88)
2005	7 778	2006–09	271	3,48	4,40 (3,91–4,96)	2,17 (1,92–2,44)

a. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser

Antalet nybeviljade sjukersättningar i cirkulationsorganens diagnoser ökade något bland kvinnor mellan kohort 1995 och kohort 2000 men var sedan på samma nivå i kohort 2005 (tabell 19). Bland män med sjukersättning minskade antalet med sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser successivt över kohorterna men var fortfarande högre än antalet kvinnor med denna sjukersättningsdiagnos. Könsskillnaden i risk för förtida död bland personer med sjukersättning i cirkulationsorganens diagnoser förändrades över perioderna från att män med nybeviljad sjukersättning i kohort 1995 hade en tydligt högre risk för förtida död jämfört med kvinnor med nybeviljad sjukersättning, jämfört med män respektive kvinnor utan sjukersättning. I kohort 2005 var den förhöjda risken lika för kvinnor och män.

Tabell 19. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning (SA) i cirkulationsorganens diagnoser, i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Sjukersättning cirkulationsorganens diagnoser			Död under de kommande fyra åren			
Kohort	Antal	Uppföljningstid	Antal	%	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
Ingen SA					1	1
1995	1 200	1996–99	47	3,92	7,48 (5,62–9,96)	1,47 (1,10–1,96)
2000	1 323	2001–04	55	4,16	7,94 (6,09–10,34)	1,61 (1,23–2,10)
2005	1 321	2006–09	54	4,09	8,78(6,72–11,47)	1,66 (1,27–2,18)
<i>Män</i>						
Ingen SA					1	1
1995	2 620	1996–99	217	8,28	9,64 (8,44–11,02)	1,58 (1,38–1,81)
2000	2 441	2001–04	187	7,66	8,92 (7,72–10,30)	1,44 (1,25–1,67)
2005	2 096	2006–09	141	6,73	8,68(7,35–10,24)	1,50 (1,27–1,77)

a. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i skador och förgiftningar

Antalet kvinnor med nybeviljad sjukersättning i skador och förgiftningar var dubbelt så högt i kohort 2000 jämfört med i kohort 1995 och ökningen var stor även för män (tabell 20). Antalet var något lägre i kohort 2005. Risken för förtida död var dock lägre i kohort 2005 än i kohort 1995. Risken var högst bland män men efter justering för sociodemografiska faktorer och vårdtid fanns inga statistiskt signifikanta skillnader i risk för förtida död bland personer med sjukersättning jämfört med dem utan sådan, vare sig bland kvinnor eller bland män.

Tabell 20. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning (SA) i skador och förgiftningar, i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Sjukersättning skador och förgiftningar			Död under de kommande fyra åren			
Kohort	Antal	Uppfölj- ningstid	Antal	%	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
Ingen SA					1	1
1995	751	1996–99	14	1,86	3,53 (2,09–5,96)	1,17 (0,69–1,98)
2000	1 378	2001–04	14	1,02	1,91 (1,13–3,22)	0,79 (0,47–1,34)
2005	1 303	2006–09	16	1,23	2,60 (1,59–4,24)	1,02 (0,62–1,66)
<i>Män</i>						
Ingen SA					1	1
1995	865	1996–99	35	4,05	4,63 (3,32–6,44)	1,19 (0,85–1,65)
2000	1 265	2001–04	45	3,56	4,05 (3,03–5,43)	1,24(0,93–1,67)
2005	1 225	2006–09	36	2,94	3,70 (2,67–5,13)	1,26 (0,91–1,75)

a. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i nervsystemets diagnoser

Antalet kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning i nervsystemets diagnoser ökade successivt mellan kohorterna 1995–2005 med högst antal varje år bland kvinnor (tabell 21). Andel som avled de kommande fyra åren i respektive kohort var däremot högst bland män liksom den relativa risken för att avlida. Den förhöjda risken för förtida död bland kvinnor med sjukersättning i nervsystemets diagnoser blev lägre mellan kohorterna men inte den bland män, vilket ledde till en könsskillnad i risk för förtida död även efter justering för sociodemografiska faktorer och vårdtid.

Tabell 21. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning (SA) i nervsystemets diagnoser, i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Sjukersättning nervsystemets diagnoser			Död under de kommande fyra åren			
Kohort	Antal	Uppfölj- ningstid	Antal	%	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
Ingen SA					1	1
1995	839	1996–99	36	4,29	8,27 (5,96–11,47)	3,19 (2,30–4,43)
2000	1 042	2001–04	36	3,45	6,56 (4,73–9,10)	2,65 (1,91–3,67)
2005	1 208	2006–09	34	2,81	6,02 (4,30–8,43)	2,51 (1,79–3,52)
<i>Män</i>						
Ingen SA					1	1
1995	742	1996–99	68	9,16	10,77 (8,49–13,67)	3,19 (2,51–4,05)
2000	868	2001–04	55	6,34	7,31 (5,61–9,53)	2,37 (1,82–3,09)
2005	976	2006–09	68	6,97	9,01 (7,10–11,43)	3,09 (2,43–3,92)

a. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i andningsorganens diagnoser

I kohort 1995 var antalet kvinnor med sjukersättning i andningsorganens diagnoser högre än antal män med denna diagnos och högre än antalet kvinnor i kohort 2005 (tabell 22). I kohort 2005 var antalet med denna sjukersättningsdiagnos lika bland kvinnor och män. Antal, andel och risk för förtida död var högre i kohort 1995 än i kohort 2005 bland kvinnor med nybeviljad sjukersättning jämfört med kvinnor utan. Bland män med nybeviljad sjukersättning var andelen och risken för förtida död däremot högre i kohort 2005 än i kohort 1995. Liksom bland kvinnor fanns det lägre risk bland män med sjukersättning i kohort 2000. Sociodemografiska faktorer och vårdtid tycks ha mycket stor betydelse för risken för förtida död både bland kvinnor och bland män med sjukersättning för dessa diagnoser. Könsskillnaden har förändrats över åren från kvinnors högre risk för förtida död i kohort 1995 och kohort 2000 till kohort 2005 då män hade högst andel samt högst relativ risk för förtida död även efter justering.

Tabell 22. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning (SA) i andningsorganens diagnoser, i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Sjukersättning andningsorganens diagnoser			Död under de kommande fyra åren			
Kohort	Antal	Uppfölj- ningstid	Antal	%	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
Ingen SA					1	1
1995	584	1996–99	48	8,22	16,13 (12,15–21,41)	4,33 (3,26–5,75)
2000	544	2001–04	36	6,62	12,74 (9,18–17,67)	3,22 (2,32–4,46)
2005	389	2006–09	24	6,17	13,47(9,02–20,10)	3,35 (2,24–5,00)
<i>Män</i>						
Ingen SA					1	1
1995	505	1996–99	56	11,09	13,05 (10,04–16,96)	2,99 (2,30–3,89)
2000	429	2001–04	35	8,16	9,56 (6,86–13,32)	2,14 (1,53–2,98)
2005	380	2006–09	55	14,47	19,16 (14,70–24,96)	4,48 (3,43–5,84)

a. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i tumördiagnoser

När det gäller nybeviljad sjukersättning i tumördiagnoser ökade antalet personer mellan varje kohort och antalet var alla år högre bland kvinnor liksom antalet avlidna (tabell 23). Bland kvinnor minskade andelen avlidna mellan kohorterna medan det bland män fanns en minskning mellan kohort 1995 och kohort 2000 men därefter en högre andel i kohort 2005. I denna kohort hade män betydligt högre andel med förtida död än kvinnor. Den relativa risken för förtida död var synnerligen hög. Den könsskillnad i relativ risk för förtida död som fanns i kohorterna 1995 och 2000 med högst risk bland kvinnor var utjämnad i kohort 2005.

Tabell 23. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning (SA) i tumördiagnos, i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Sjukersättning tumördiagnos			Död under de kommande fyra åren			
Kohort	Antal	Uppfölj- ningstid	Antal	%	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
Ingen SA					1	1
1995	587	1996–99	192	32,71	79,17 (68,66–91,30)	16,59 (14,35–19,17)
2000	668	2001–04	186	27,84	63,47 (54,91–73,35)	13,80 (11,92–15,98)
2005	886	2006–09	224	25,28	63,95 (56,02–72,99)	12,98 (11,34–14,86)
<i>Män</i>						
Ingen SA					1	1
1995	375	1996–99	138	36,8	55,48 (46,93–65,58)	10,38 (8,77–12,29)
2000	460	2001–04	130	28,26	39,22 (33,01–46,60)	7,14 (6,00–8,49)
2005	505	2006–09	194	38,42	64,62 (56,10–74,43)	12,34 (10,70–14,24)

a. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelse-region och vårdtid.

Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i endokrina diagnoser

Antalet kvinnor med sjukersättning i endokrina diagnoser ökade för varje kohort medan andel och risk för förtida död minskade mellan varje kohort (tabell 24). Bland män fanns inte samma tendens till minskning mellan kohorterna. Könsskillnaden i antal och andel personer med förtida död var betydande med högst antal och andel bland män. Efter justering kvarstod en förhöjd risk för förtida död, högst bland män. Könsskillnaden i risk för förtida död var något större i kohorten 2005 än i de två tidigare kohorterna.

Tabell 24. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning (SA) i endokrina diagnoser, i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Sjukersättning endokrina diagnoser			Död under de kommande fyra åren			
Kohort	Antal	Uppfölj- ningstid	Antal	%	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
Ingen SA					1	1
1995	457	1996–99	28	6,13	11,85 (8,18–17,18)	3,29 (2,27–4,77)
2000	480	2001–04	22	4,58	8,75 (5,76–13,29)	2,65 (1,74–4,02)
2005	522	2006–09	20	3,83	8,25(5,32–12,79)	2,55 (1,65–3,96)
<i>Män</i>						
Ingen SA					1	1
1995	502	1996–99	74	14,74	17,81 (14,17–22,37)	3,54 (2,81–4,45)
2000	533	2001–04	60	11,26	13,41(10,41–17,28)	2,77 (2,15–3,57)
2005	512	2006–09	62	12,11	16,10(12,55–20,65)	3,84 (2,99–4,93)

a. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelse-region och vårdtid.

Risk för förtida död bland kvinnor och män med sjukersättning i övriga diagnoser

Antalet personer med nybeviljad sjukersättning i övriga diagnoser ökade successivt, mest bland kvinnor mellan kohorterna 2000 och 2005. Det fanns en tydlig könsskillnad med högst antal, andel och risk för förtida död bland män i alla tre kohorterna (tabell 25). I denna grupp av personer med nybeviljade sjukersättning i övriga diagnoser fanns det fler kvinnor medan männen hade högst risk för förtida död under de kommande fyra åren.

Tabell 25. Risk (HR) för förtida död bland kvinnor och män med nybeviljad sjukersättning (SA) i övriga diagnoser, i tre kohorter med startår 1995, 2000 respektive 2005.

Sjukersättning övriga diagnoser			Död under de kommande fyra åren			
Kohort	Antal	Uppfölj- ningstid	Antal	%	HR (95% KI)	Justerad ^a HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>						
Ingen SA					1	1
1995	1 964	1996–99	75	3,82	7,30 (5,82–9,16)	2,28 (1,82–2,87)
2000	2 617	2001–04	73	2,79	5,28 (4,19–6,64)	1,90 (1,51–2,39)
2005	3 641	2006–09	79	2,17	4,63 (3,71–5,78)	1,76 (1,41–2,20)
<i>Män</i>						
Ingen SA					1	1
1995	1 471	1996–99	111	7,55	8,82 (7,32–10,63)	2,46 (2,04–2,97)
2000	1 849	2001–04	118	6,38	7,40 (6,17–8,86)	2,20 (1,83–2,64)
2005	2 351	2006–09	153	6,51	8,37 (7,14–9,81)	2,72 (2,32–3,19)

a. Justerad för ålder, utbildningsnivå, H-region, familjesituation, födelseregion och vårdtid.

Slutsatser

Kvinnor med nybeviljad sjukersättning 1995 hade en markant högre risk för förtida död under de kommande 14 åren jämfört med kvinnor utan sjukersättning. Risken (HR) var 4,7 gånger så hög för kvinnor med sjukersättning. Även efter justering för skillnader i ålder hade de mer än dubbelt så hög risk för förtida död (HR 2,2) och nästan dubbelt så hög efter justering även för tidigare sjukdom (vårdtid) (HR 1,8). Män med nybeviljad sjukersättning hade en nästan 6 gånger så hög risk jämfört med de utan (HR 5,9). Justering för ålder minskade riskestimatet till 2,5 och för vårdtid till 1,7. Efter justeringar hade således både kvinnor och män en nästan fördubblad risk för förtida död.

Resultatet visar att det i flera fall var stora skillnader i risk för förtida död både mellan åldersgrupper och sjukersättningsdiagnoser. I de yngsta åldersgrupperna är det få med sjukersättning som avled och i de fall vi beräknat risken för förtida död är estimaten mycket osäkra. Högst risk för förtida död i alla åldersgrupper hade både kvinnor och män med sjukersättning i tumördiagnoser. Risken för förtida död var även hög bland personer med sjukersättning i endokrina diagnoser. Generellt var risken för förtida död högre bland yngre med sjukersättning jämfört med dem utan sjukersättning.

Resultatet visar en relativt låg grad av överensstämmelse mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak, vilket kan förväntas när det gäller exempelvis muskuloskeletala diagnoser (18). Det fanns tydliga samband mellan sjukersättningsdiagnos och dödsorsak i cirkulationsorganens diagnoser, tumördiagnoser, andningsorganens diagnoser och i nervsystemets diagnoser. Bland kvinnor med sjukersättning i psykiska diagnoser, i skador och förgiftningar samt i gruppen övriga diagnoser var tumörsjukdom den vanligaste dödsorsaken. Bland män med sjukersättning i psykiska diagnoser, skador och

förgiftningar, endokrina diagnoser samt i gruppen övriga diagnoser var cirkulationsorganens sjukdomar den vanligaste dödsorsaken.

Det var fler kvinnor än män som hade beviljats ny sjukersättning i de tre kohorterna 1995, 2000 och 2005. Bland kvinnor var det en drastisk ökning mellan kohorterna från cirka 20 000 i kohort 1995 till 35 000 i kohort 2005. Även bland män fanns en ökning, men betydligt lägre, från 17 500 till 23 000, mellan samma kohorter. Mellan kohorterna 1995 och 2005 sjönk andelen som avled under uppföljningstiden liksom risken för förtida död bland både kvinnor och män med sjukersättning. Risken för förtida död bland kvinnor med sjukersättning minskade mellan kohort 1995 och kohort 2005 från HR 6,3 till HR 4,6 och bland män från HR 7,5 till HR 6,7. Efter justering av riskestimaten för sociodemografiska faktorer och tidigare sjuklighet, mätt i form av vårdtid, fanns en tendens till minskad risk för förtida död mellan kohorter 1995 och kohort 2005 bland kvinnor med sjukersättning. Bland män med sjukersättning sågs en svag ökning av risken mellan samma kohorter.

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

Referenser

1. En socialförsäkring för kvinnor och män. Stockholm: RFV; 1998.
2. Riksförsäkringsverket. Kvinnor, män och sjukfrånvaro, om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering. Stockholm. 2001.
3. Försäkringskassan. Aktivitetsersättningen – utvecklingen över tid. 2010.
4. Diagnosmönster i förändring – nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1971–2005: Försäkringskassan2007:3. 2007.
5. Socialförsäkringen i siffror 2009. Stockholm: Försäkringskassan; 2010.
6. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU)167. 2003.
7. Eden L, Brokhoz T, Ejlertsson G, Leden I, Nordbeck B. Is disability pension related to quality of life? *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1998 Oct;7(4):300–9.
8. Hörnquist J, Elton M, Östlund R. Predictors of the outcome of disability pension for alcohol abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;68(6):426–36.
9. Svenman I, Larsson S. Pensionerad i förtid. Levnadsbetingelser för en grupp förtidspensionärer i åldrarna 45–64 år. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1984;2:98–104.
10. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut. 2004.
11. RFV. Nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag 1989, redovisning per FK, lokalkontor och kommun. Fördelning på kön, ålder och diagnosgrupp. 1990.
12. RFV. Socialförsäkringsfakta 1996: Statistikenheten. 1996.
13. Förtidspensionering. Utveckling, diagnoser, dödsrisker och rehabiliteringssannolikheter Stockholm: Riksförsäkringsverket; 1994.
14. Sjukdomar som orsakat pensionering: Riksförsäkringsverket, Enheten för statistik. 2004.
15. Nybeviljade sjukersättningar/ aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos, 2003–2005. Stockholm: Försäkringskassan. 2006.

16. Förtidspensionering. Utveckling, diagnoser, dödsrisker och rehabiliteringssannolikheter (Disability pension. Development, diagnoses, death risks, and rehabilitation)(In Swedish). Stockholm: The National Swedish Social Insurance Board; 1994.
17. WHO. International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM). <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm.htm>; 2010 [cited 2010 January 15th].
18. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2008. Stockholm: Socialstyrelsen. 2010.
19. Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009.
20. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
21. Långtidsutredningen: Finansdepartementet. Statens Offentliga Utredningar. SOU 2011:11. 2011.
22. Angelov N, Johansson P, Lindahl E, Lindström E. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Uppsala. 2011.

www.ki.se/im



**Karolinska
Institutet**