

Sten Gellerstedt

# Långtidssjukskriven – en uppföljning av 265 000 långtidssjuka

**Denna artikel beskriver först risken för att bli långtidssjuk minst 90 dagar år 2000. Därefter följs återgången till arbetsmarknaden år 2004 för de 265 000 som var långtidssjuka år 2000. Undersökningen omfattar de som var etablerade på arbetsmarknaden och baseras på SCBs databas LISA. Undersökt är bland annat ålder, kön, klass, bostadslän, bransch, arbetsställets storlek, utbildning, tidigare sjukskrivning, arbetslöshet, rehabiliteringspenning, sysselsättning med stödinsats och förvärvsinkomst.**

Sten Gellerstedt,  
docent i arbetsvetenskap,  
utredare vid LO, Stockholm  
Sten.Gellerstedt@lo.se

För att uppfatta de långtidssjukas möjlighet att återgå i arbete under åren 2000–2004 ges en kort historik. Under 1990-talet hade svenskt arbetsliv förändrats drastiskt med allvarliga konsekvenser för många löntagare (Marklund m fl 2005). Företagen rationaliserade hårt, stödfunktioner flyttades ur företagen och den offentliga sektorn krympte (Theorell 2006).

Sverige fick en bestående hög arbetslöshet och många som inte ansågs anställningsbara lämnade arbetsmarknaden. Från 1990 till 1996 minskade antalet sysselsatta med elva procent medan antalet arbetade timmar enbart minskade med sex procent (OECD 1997). Dessa förändringar minskade möjligheterna att omplacera, arbetsträna eller anpassa arbetet för dem med en sviktande arbetsförmåga (Larsson m fl 2006). Mot slutet av 1990-talet ökade längden på sjukskrivningarna, främst bland kvinnor, för att kulminera 2003 (Wikman 2006).

När sjukfrånvaron ökade uppfattades det först som ett ohälsa- och arbetsmiljöproblem (Hermansson & Johnson 2007). Lösningar som diskuterades var att förebygga ohälsa genom bättre arbetsmiljö, anpassa arbete efter individens förutsättningar och rehabilitering. Men behovet av arbetskraft sjönk. Våren 2002 var ar-

---

Artikeln baseras på LOs rapport *Långtidssjukskriven och sedan* (Gellerstedt 2010). Där redovisas hela materialet och alla detaljer gällande metod.

betslösheten strax under fyra procent och våren 2004 var den 5,5 procent (SCB 2005).<sup>1</sup> Debatten om sjukförsäkringen tog en ny väg; den ansågs nu vara för dyr och det talades om fusk och överutnyttjande (Hermansson & Johnson 2007). Enligt SOU 2006:86 kräver en åldrande befolkning i en konkurrerande värld en billigare sjukförsäkring. Regeringen införde 2008 snävare regler i både arbetslöshets- och sjukförsäkringarna, med syfte att sänka kostnader och öka utbudet av arbetskraft. Föreliggande studie av långtidssjukas återgång i arbete är ett bidrag till diskussionen om de drastiska förändringarna sjukförsäkringen var nödvändiga.

### Några tidigare studier

SOU 2002:62 *Kunskapsläge sjukförsäkringen* anger en rad orsaker till de ökade sjukskrivningarna, bland annat äldre arbetskraft, administrativa brister och mer restriktiv bedömning av förtidspension, sämre arbetsmiljö med större andel arbeten med hög anspänning och hårdare ekonomiska drivkrafter.

Marklund m fl (2005) anger tre huvudsakliga orsaker till den omfattande sjukskrivningen: strukturell förändring mot magrare organisationer med ökade krav på de anställda; lägre tolerans inom arbetslivet för lägre prestation; stor andel äldre som förvärvsarbetar.

Larsson m fl (2006) menar att fördubblingen av sjukfrånvaron under 1996–2002 främst berodde på att rehabiliteringen hade upphört att fungera för äldre långtidssjuka med en sviktade arbetsförmåga.

Försäkringskassan (Försäkringskassan Analyserar 2006:16) undersökte bland annat kultur och attityder i samband med sjukskrivning. Där anges av Haugen m fl (2006) att sämre förhållanden i arbetet med bland annat ökade krav, omorganisering och otrygghet är den enskilt viktigaste orsaken bakom omfattningen av sjukskrivningarna. Sjukskrivningens omfattning har också samband med individens tidigare historia av sjukdom samt kön, ålder, civilstånd och utbildning. Haugen fann att det oftast är samma personer som blir sjukskrivna år från år. De 85 procent av befolkningen som inte är sjukskrivna en längre tid förblir så. Haugen menar också att attityder till sjukskrivning förklarar en del av skillnaderna i sjukskrivning mellan individer och län.

Försäkringskassan (Försäkringskassan Analyserar 2007:12) undersökte vad som händer med dem som haft sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension). År 2005 var medelåldern på dem med sjuk- eller aktivitetsersättning 53 år. Snittåldern på dem som börjar få ersättning var 49 år och på dem som slutar få ersättning 60 år. Anledningen till att ersättning upphörde var dödsfall (kvinnor 10 procent, män 17 procent), ålderspension (kvinnor 75 procent, män 69 procent), arbete (kvinnor 6,4 procent, män 3,8 procent), arbetssökande (kvinnor 3,3 procent, män 4 procent), och övrigt (kvinnor 5 procent, män 7 procent). Åldern på dem

<sup>1</sup> Mätt på arbetslöshet använt före 2006.

som återvände till arbetsmarknaden var i snitt 44 år för kvinnor och 41 år för män. De som främst återvänder till arbetsmarknaden har haft ersättning en kortare tid, fått ersättning på deltid, var födda i Sverige eller har en längre utbildning (gäller i synnerhet kvinnor).

## Syfte och metod

Denna artikel beskriver först risken för att bli långtidssjuk minst 90 dagar åren 1999/2000 och sedan de 265 000 långtidssjukas återgång till arbetsmarknaden år 2004. Undersökningen omfattar enbart dem som var etablerade på arbetsmarknaden, det vill säga hade arbetat minst tre år under 1990–1998<sup>2</sup> samt var under 65 år 2004-12-31. Vilka återgick i arbete och vilka fick förtida pension, och i så fall på hel- eller deltid? Hur utvecklades förvärvsinkomsten? Vilken betydelse hade rehabiliteringspenning, tidigare arbetslöshet och tidigare sjukskrivning? Varje individ följs under fyra år med hjälp av totalräknade registerdata från SCBs databas LISA.<sup>3</sup>

### *Risk att bli långtidssjuk*

De långtidssjukskrivna jämförs med de 3,3 miljoner som var utan registrerad sjukfrånvaro utifrån ålder, kön, socioekonomisk grupp<sup>4</sup>, utbildning, sjukfalls- och arbetslöshetshistorik, största arbetsinkomst, näringsgren<sup>5</sup>, sektor<sup>5</sup>, födelse-land och arbetsställets storlek samt bostadslän. Olika grupperns risk för att bli långtidssjuk beräknas genom att dela antalet långtidssjuka med det totala antalet i gruppen (långtidssjukskrivna + friska). Exempel: 3 000 sjukskrivna delat med 100 000 friska plus de 3 000 sjukskrivna ger kvoten 0,03. Kvoten 0,06 innebär till exempel dubbelt så hög risk som 0,03 att bli långtidssjukskriven.

---

<sup>2</sup> Sysselsatt = Föroärvararbetande enligt Sysselsättningsregistrets definition (november månad aktuellt år), se SCBs *Bakgrundsfakta till Arbetsmarknads- och utbildningsstatistiken* 2002:2, s 52-56.

<sup>3</sup> Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier. LISA innehåller samtliga personer 16 år och däröoer folkbokförda i Sverige, se <http://www.scb.se>.

<sup>4</sup> Omfattar endast dem som 1990 var 40 år eller äldre (se figur 2, enligt MIS 1982:4, SCB) eftersom få efter denna ålder byter socioekonomisk grupp.

<sup>5</sup> Näringsgrenstillhörighet (enligt standard SNI92) där man sist varit föroärvararbetande under tidsperioden 1992-1999. Har personen inte varit föroärvararbetande 1999 (alternativt varit föroärvararbetande på ett arbetsställe som inte kan klassificeras efter näringsgren) tas uppgiften från 1998 etc, se SCBs *Bakgrundsfakta till Arbetsmarknads- och utbildningsstatistiken* 2002:2, s 172-174.

## Långtidssjuka åter i arbete

Varje långtidssjukskriven klassas i en av följande status för år 2000 och år 2004:

*Förvärvsinkomst och sjukfrånvaro eller a-kassa = i arbete,*

*Förvärvsinkomst och sjukskriven upp till 1/3,*

*Förvärvsinkomst och sjukskriven från 1/3 till 2/3,*

*Förvärvsinkomst och sjukskriven mer än 2/3,*

*Sjukskriven utan förvärvsinkomst,*

*Förtidspension på deltid,*

*Förtidspension på heltid,*

*Övriga (redovisas inte)<sup>6</sup>.*

Flödet från år 2000 till 2004 analyseras för de olika statusgrupperna, se exempel i *tabell 1*.

**Tabell 1. Andel per status (bara förvärvsinkomst, förvärvsinkomst sjukskriven upp till 1/3, etc) i procent år 2000 och 2004 för dem som var långtidssjukskrivna 1999/2000**

Status år 2000	Status år 2004							
	Bara förv inkomst	Förvink sjuk -1/3	Förvink sjuk >1/3-2/3	Förvink sjuk >2/3	Sjuk ej förv.	Förtid deltid	Förtid heltid	
<b>Kvinnor</b>								
Bara förvärvsinkomst	8	5,1	1,4	0,4	0,4	0,2	0,3	0,3
Förvink, sjuk -1/3	33	14,6	5,5	1,8	1,8	1,0	4,8	2,8
Förvink, sjuk >1/3-2/3	25	7,2	2,8	1,1	1,3	0,9	6,3	4,4
Förvink, sjuk >2/3	22	3,1	1,3	0,7	0,8	0,7	4,6	10,9
Sjuk, ej förv.inkomst	11	1,3	0,6	0,2	0,2	1,0	1,2	5,8
Total (163 324 st)	100	31,6	11,6	4,3	4,6	3,8	17,3	24,2
<b>Män</b>								
Bara förvärvsinkomst	10	6,7	1,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,4
Förvink, sjuk -1/3	29	14,4	3,9	1,2	1,2	1,0	3,0	2,8
Förvink, sjuk >1/3-2/3	25	8,5	2,3	0,9	0,9	1,0	5,3	4,7
Förvink, sjuk >2/3	22	3,9	1,0	0,5	0,7	0,8	3,7	10,5
Sjuk, ej förv.inkomst	14	2,0	0,5	0,2	0,2	1,1	1,2	7,8
Total (93 093 st)	100	35,9	9,0	3,3	3,4	4,1	13,6	26,3

<sup>6</sup> Gruppen övriga består av studerande, de som flyttat utomlands och de som har avlidit.

I nästa steg i analysen används fyra mått för att se skillnader mellan 2000 och 2004. För vart och ett av dessa mått beräknades faktiskt utfall för gruppen (till exempel kvinnor) och skillnaden mellan faktiskt och förväntat utfall för gruppen. Förväntat utfall är den andel som till exempel kvinnor skulle ha haft 2004 med hänsyn till utgångsläget år 2000 (enligt indelning i de sex olika tillstånden) om de skulle ha samma utveckling som samtliga kvinnor och män. Följande mått används:

1. Förvärvsinkomst<sup>7</sup> eller ej 2004; visar om man i någon utsträckning är i arbete.
2. Utveckling av förvärvsinkomst 2000 och 2004.
  - Negativ: de med förvärvsinkomst år 2000 och utan eller med sänkt förvärvsinkomst år 2004 med mer än fem procent under förväntad ökning<sup>8</sup>.
  - Positiv: de utan förvärvsinkomst år 2000 men med sådan år 2004, och de med högre inkomst än fem procent över förväntad ökning år 2004.
  - Oförändrad: de utan förvärvsinkomst båda åren och de som år 2004 är inom  $\pm$  fem procent av förväntad ökning jämfört med år 2000.
3. Förtidspension (hel-/deltid) år 2004. Förekomst av sjukersättning eller aktivitetsersättning (om man är under 30 år) på hel- eller deltid år 2004. Dessa ersättningar hette före 2004 förtidspension/sjukbidrag, här används begreppet förtidspension.
4. Ersatta ohälsodagar 2004. Dagar ersatta från samhället med sjukpenning/arbetsskadesjukpenning/rehabiliteringspenning/förebyggande sjukpenning och antal dagar (månad multiplicerad med 30,5 för att få antal dagar) med aktivitetsersättning/sjukersättning (tidigare sjukbidrag/förtidspension). Förändringen av antal ohälsodagar fås genom att ta antal personer i gruppen med färre ersättningsdagar år 2004 än år 2000 minus antalet personer i gruppen med fler ersättningsdagar 2004 än 2000.

För varje faktor (kvinna, man, ålder, klass, utbildning<sup>9</sup>, bostadslän, häkomst/födelseland [Sverige, övriga Norden, övriga Europa, utanför Europa], näringsgren [SN192], sektor och arbetsställets storlek [1-9, 10-49, 50- antal anställda]) beräknades hur de samverkar med varandra. För år 2004 redovisas också arbetsmarknadspolitisk åtgärd och rehabiliteringspenning samt tidigare sjukfrånvaro och tidigare arbetslöshet under 1990-talet.

---

<sup>7</sup> Förvärvsinkomst är löneinkomst + inkomst av aktiv näringsverksamhet.

<sup>8</sup> Förväntad ökning av förvärvsinkomsten är 16,7 procent mellan år 2000 och år 2004 (= den genomsnittliga löneutvecklingen för hela arbetsmarknaden).  $\pm$  fem procent innebär att en förvärvsinkomst ökat med mellan 10,865 och 22,533 procent.

<sup>9</sup> Högsta avslutad utbildning 1999.

## Resultat

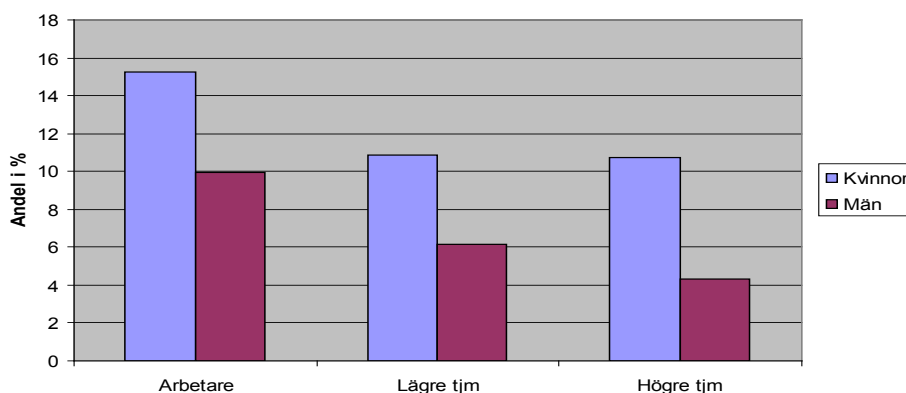
### Risken för att bli långtidssjuk

**Kön, ålder:** Bland dem som var etablerade på arbetsmarknaden år 2000 var risken att bli långtidssjukskriven 1,85 gånger högre för kvinnor än för män, se *tabell 2*. I åldern 55-59 år är det för kvinnor 3,2 och för män 3,7 gånger större risk för lång sjukfrånvaro än i åldern 19-24 år.

**Tabell 2. Antal/andelar friska och långtidssjuka kvinnor och män som ingick i undersökningen.**

	Friska (utan frånvaro)		Långtidssjuka > 90 dagar		Andel långtidssjuka av alla, i %
	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %	
Kvinnor	1 561 990	47	167 913	63	9,7
Män	1 759 690	53	97 691	37	5,3
Total	3 321 680	100	265 604	100	7,4
Kvot andel långtidssjukskrivna kvinnor/män av alla					1,85

**Klass:** För de långtidssjuka som år 2000 var 50 år eller äldre (97 974 personer) gjordes en socioekonomisk indelning<sup>4</sup>. Andelen långtidssjuka är högst bland ej facklärd arbetare, se *figur 1* (främst varuproducerande kvinnor 16 procent, tjänstproducerande män 11 procent). Risken att bli långtidssjuk för en ej facklärd kvinnlig arbetare över 50 år som fortfarande arbetar i varuproduktion är 4,3 gånger högre än för en man i ledande befattning.



**Figur 1. Andel långtidssjuka bland arbetare, lägre tjänstemän/mellantjänstemän och högre tjänstemän äldre än 50 år.**

**Utbildning:** Risken för att bli långtidssjuk är 4,2 gånger högre bland kvinnor utan gymnasieutbildning än bland män med eftergymnasial utbildning. Längre utbildning spelar större roll för män än för kvinnor för att förbli friska. Kvoten förgymnasialt/eftergymnasialt är 2,6 för män och 1,6 för kvinnor. Kvinnor med enbart förgymnasial utbildning lämnar arbetsmarknaden i större utsträckning än alla andra grupper redan från 25 års ålder.

**Tidigare arbetslöshet:** Bland dem som ingår i denna studie (arbetade minst tre år under 1990-talet) finns inga större skillnader mellan friska och långtidssjuka avseende tidigare arbetslöshet (under 1994–1998).

**Tidigare sjukskrivning:** De som var långtidssjuka år 2000 hade varit betydligt mer sjukskrivna tidigare än de i friskgruppen. Av de långtidssjuka hade 27 procent av kvinnorna (friskgruppen 66 procent) och 33 procent av männen (friskgruppen 77 procent) inte haft någon synlig sjukfrånvaro mellan åren 1994–1999.

**Födelseland:** I varje kön/åldersgrupp är andelen långtidssjuka högre bland födda utanför Norden än bland födda i Norden. En inrikes född kvinna har dock större risk att bli långtidssjuk än en utrikes född man. Eftergymnasial utbildning har större betydelse för att förbli frisk än födelseland. För män gäller detta alla åldrar och för kvinnor upp till 45 år. Högst andel långtidssjuka finns bland utomeuropeiskt födda kvinnor (26 procent) och män (18 procent) med enbart förgymnasial utbildning i åldern 55-59 år.

**Bostadslän:** Skillnader mellan länen i andel långtidssjuka män är enbart några procent. Bland kvinnor i Västerbotten är långtidssjukfrånvaron nästan fem procentenheter över riksgenomsnittet och i Jämtland fyra. Lägst andel långtidssjuka kvinnor finns i Kronoberg och Blekinge. Det är samma län som ligger i toppen och botten för båda könen. Skillnad i arbetskraftens ålder mellan länen förklarar inte skillnaderna i sjukfrånvaro. Däremot inverkar typ av näringsliv i länet, till exempel andelen arbetare och tjänstemän, samt tillgång till sjukvård och rehabilitering på omfattningen av sjukskrivningarna.

**Näringsgren:** Högst andel långtidssjuka finns inom kommunal vård och omsorg. Detta gäller för både kvinnor och män och oavsett ålder, för äldre än 39 år är risken för kvinnor att bli långtidssjuk enbart 1,3 gånger större än för män. Näst störst risk har kvinnor inom tillverkningsindustri (upp till 50 år). Bland män finns näst störst andel långtidssjuka inom transport och magasinering. Det är 6,5 gånger större risk för en kvinna inom kommunal vård och omsorg att bli långtidssjuk än för en man som är datakonsult.

**Byte av sektor:** Var femte kvinna och var tionde man i arbetskraften bytte sektor mellan 1998 och 2004. Vid jämförelse av andelarna långtidssjuka och friska som bytt sektor mellan 1998 och 2004 finns knappt några skillnader.

**Arbetsställets storlek:** Avseende storlek på arbetsstället finns inga betydande skillnader i andel långtidssjuka. Högst andel långtidssjuka finns bland dem som inte har ett specifikt arbetsställe (byggarbetsplatser, gatuförvaltning, hemtjänst, lokalvård, lärarvikarier, med flera).

### Långtidssjuka åter i arbete

Med hjälp av de fyra måtten på förändringar (se avsnittet Syfte och metod) redovisas här hur det år 2004 hade gått för de 163 363 kvinnor (63 procent) och 95 117 män (37 procent) som under 1999–2000 hade minst 90 dagars sjukfrånvaro.

Av dem som var långtidssjukskrivna år 2000 hade 74 procent av kvinnorna och 69 procent av männen någon förvärvsinkomst under 2004. Kvinnor (32 procent) var dock i mindre utsträckning än män (36 procent) åter i arbete<sup>10</sup>. Nio av tio förtidspensionerade på deltid hade förvärvsinkomst (91 procent av kvinnorna och 87 procent av männen).

Av de långtidssjuka hade 41 procent en positiv utveckling och 46 procent en negativ utveckling av sin förvärvsinkomst fram till 2004. En mindre andel kvinnor (-4 procent) än män (-8 procent) hade fått sänkt inkomst, se *tabell 3*.

**Tabell 3. Skillnad i andel som fått högre respektive lägre förvärvsinkomst år 2004 jämfört med år 2000 för kvinnor och män i olika åldrar bland dem som var långtidssjuka år 2000 (i procent av samtliga i gruppen). Faktiskt och förväntat värde anges.**

Grupp	Kvinnor			Män		
	Faktisk	Förväntat	Diff	Faktisk	Förväntat	Diff
Alla	-4*	-6	2	-8	-5	-4
24-29 år	7	-4	11	21	-6	27
30-34 år	13	-3	16	19	-4	23
35-39 år	14	-4	18	14	-4	18
40-44 år	13	-5	18	9	-4	13
45-49 år	7	-7	13	2	-4	6
50-54 år	-2	-7	6	-4	-5	0
55-59 år	-16	-8	-9	-18	-5	-12
60-64 år	-42	-8	-34	-44	-6	-38

\* -4 betyder att antalet som har lägre förvärvsinkomst år 2004 jämfört med 2000 överstiger antalet som har högre förvärvsinkomst år 2004 jämfört med 2000 och att denna skillnad motsvarar 4 procent av samtliga. Förväntat är den andel som gruppen skulle ha haft år 2004 med hänsyn till utgångsläget år 2000, om de skulle ha samma utveckling som samtliga kvinnor och män. Diff är skillnaden mellan faktisk andel med förvärvsinkomst minus andelen förväntad förvärvsinkomst.

<sup>10</sup> De med förvärvsinkomst (hel- eller deltid) och ingen sjukskrivning, förtidspension eller a-kassa.

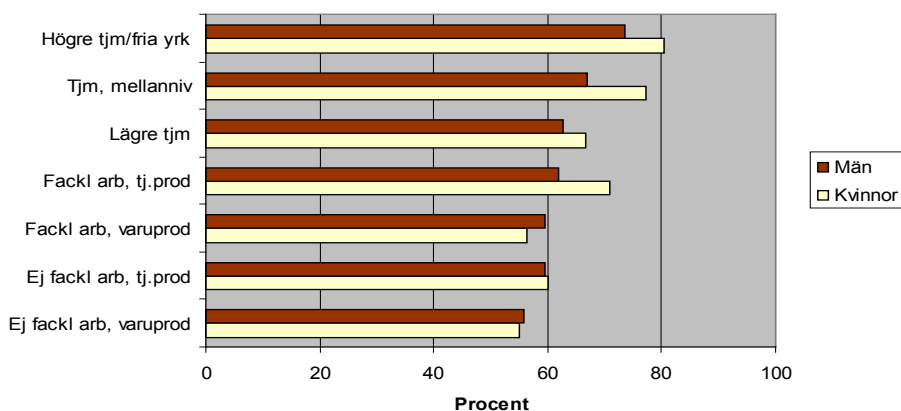


Av dem som var långtidssjuka år 2000 hade 26 procent **förtidspension** (sjuk- eller aktivitetsersättning) på heltid och 16 procent på deltid år 2004 (kvinnor 24 procent heltid och 17 procent deltid, män 26 procent heltid och 13 procent deltid). Ju längre sjukfrånvaron var år 2000, och även tidigare under 1994-1998, desto mindre sannolikt är det att man arbetar år 2004. Av dem som var sjukskrivna och utan förvärvsinkomst under år 2000 var endast 12 procent av kvinnorna och 14 procent av männen helt åter i arbete år 2004. Två av tre i denna grupp hade förtidspension, de flesta på heltid.

Bland de år 2000 långtidssjuka hade 48 procent färre och 34 procent fler **dagar ersatta för ohälsa 2004**. Hela gruppens utveckling är att 14 procent fick färre dagar med ersättning (kvinnor 13 procent, män 17 procent). Förvärvsarbetande med viss sjukfrånvaro fanns hos 21 procent av kvinnorna och 15 procent av männen. Fyra procent var sjukskrivna utan förvärvsinkomst, främst de yngsta.

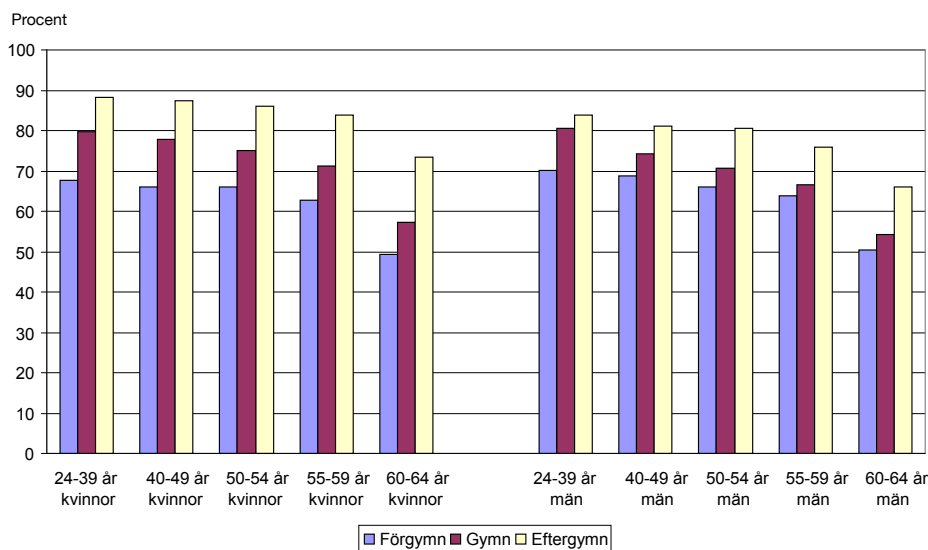
**Ålder:** Andelen med förtidspension på heltid stiger markant med ålder. Efter 50 år ökar dock inte andelen med förtidspension på deltid. Unga män är i betydligt större utsträckning än unga kvinnor tillbaka i full sysselsättning. I gruppen 24-29 år har sju procent (204 kvinnor, 99 män) förtida pension på heltid och fyra procent (109 kvinnor, 55 män) på deltid år 2004.

**Klass:** Skillnaderna i förekomst av förvärvsinkomst år 2004 mellan de socioekonomiska grupperna är avsevärda. I *figur 2* redovisas utfallet för åldersgruppen 54-64 år (60 000 kvinnor och 39 000 män). Högre tjänstemän har störst återgång i arbete efter lång sjukskrivning och minst återgång finns bland ej facklärd arbetare inom varuproduktion. Skillnaderna mellan dessa grupper är 25 procentenheter bland kvinnorna och 18 procentenheter bland männen.



**Figur 2. Socioekonomisk grupp: Andel av de år 2000 långtidssjuka som hade förvärvsinkomst år 2004 (54-64 år).**

**Utbildning:** Bland kvinnor och män utan gymnasieutbildning återgår 24 respektive 30 procent i arbete. Bland dem med eftergymnasial utbildning återgår 37 procent av kvinnorna och 41 procent av männen. Av figur 3 framgår att utbildning har större betydelse för kvinnor att återgå i arbete än för män, störst är skillnaderna i åldern 40-49 år. Bland kvinnor med eftergymnasial utbildning hade 84 procent en förvärvsinkomst och bland kvinnor utan gymnasieutbildning var det 62 procent. Denna skillnad på drygt 20 procent mellan för- och eftergymnasialt utbildade finns i nästan alla åldersgrupper för kvinnor. Samma mönster finns bland män; för dem är dock skillnaderna mellan grupperna mindre, 12-15 procent.



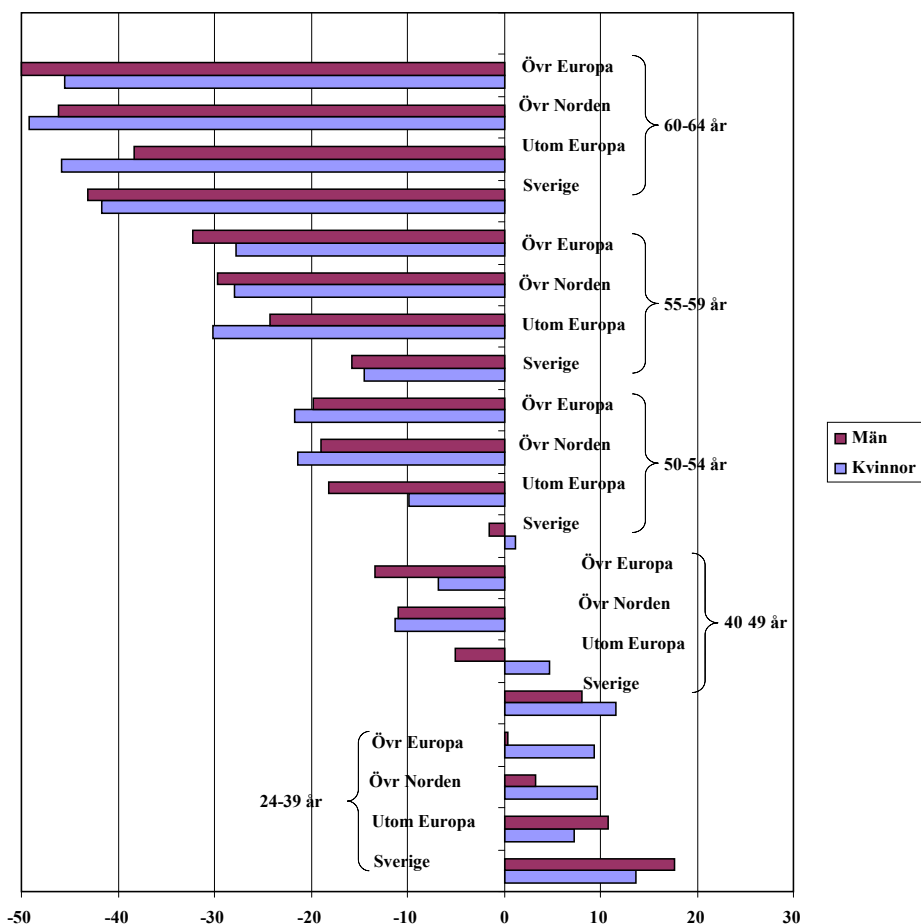
**Figur 3. Utbildning och ålder: Andel av de år 2000 långtidssjuka som har någon förvärvsinkomst 2004.**

**Ersättning för arbetslöshet:** Bland de 20 procent långtidssjuka som hade ersättning för arbetslöshet år 2000 hade 24 procent av kvinnorna och 22 procent av männen ersättning för arbetslöshet även år 2004. Av de 80 procent långtidssjuka (män och kvinnor) som år 2000 inte hade arbetslöshetsersättning hade sju procent det år 2004.

Tvärt emot förväntat har de långtidssjuka med tidigare arbetslöshet under 1990-talet en större återgång i arbete än de som inte varit arbetslösa. Bland de långtidssjuka som inte hade varit arbetslösa under 1994–1998 var det fler som förlorat förvärvsinkomst år 2004 (-7,9 procent kvinnor, -14,7 procent män) än bland dem som haft en viss tidigare arbetslöshet.

**Födelseland:** År 2004 hade de långtidssjuka som var födda i Sverige störst andel med förvärvsinkomst, därefter kommer övriga Norden, övriga Europa och lägst andel hade födda utanför Europa. Detta mönster gäller för alla åldersgrupper,

se figur 4. I åldern över 55 år har långtidssjuka från övriga Europa och övriga Norden störst andel som förlorar förvärvsinkomst. I yngre åldrar ligger de långtidssjuka från länder utanför Europa sämst till.



**Figur 4. Födelseland: Förändring i förekomst av förvärvsinkomst år 2000–2004 för olika åldrar, i procent.**

**Bostadslän:** Den andel som helt återgått i arbete år 2004 skiljer stort mellan länen, se *tabell 4*. Blekinge hade näst lägst andel med långtidssjuka år 2000, men hade samtidigt lägst andel av långtidssjuka som återgått i arbete. Halland hade både låg andel långtidssjuka år 2000 och hög andel med återgång i arbete. Norrlandsläna hade högst andel långtidssjuka år 2000, men Jämtland hade näst lägst andel som fått förtidspension på heltid år 2004.

**Tabell 4. Bostadslän; andelar (%) kvinnor och män som är åter i arbete eller har förtidspension på hel- eller deltid samt den andel som hade eftergymnasial utbildning år 2004<sup>11</sup>.**

	Kvinnor				Män			
	I arbete	Förtid deltid	Förtid heltid	Eftergymn utb 2004	I arbete	Förtid deltid	Förtid heltid	Eftergymn utb 2004
Blekinge	<b>28</b>	19	<b>28</b>	35	33	16	28	30
Dalarnas	34	18	19	32	37	16	22	23
Gotlands	36	<b>22</b>	20	32	38	17	21	24
Gävleborgs	29	18	27	32	36	14	28	22
Hallands	37	19	18	36	41	16	20	29
Jämtlands	32	16	18	37	37	13	21	27
Jönköpings	34	<b>22</b>	22	31	39	18	23	25
Kalmar	31	17	27	32	35	14	29	25
Kronobergs	33	19	23	36	40	16	22	27
Norrbottns	<b>28</b>	16	24	36	<b>32</b>	12	30	26
Skåne	29	17	27	39	34	13	27	34
Stockholms	35	15	22	48	36	11	27	42
Södermanlands	31	17	24	32	37	13	24	26
Uppsala	32	18	21	45	38	12	23	39
Värmlands	32	16	27	34	36	14	28	26
Västerbottens	30	21	23	43	37	<b>19</b>	23	33
Västernorr	29	18	22	35	36	13	26	26
Västmanlands	30	18	<b>28</b>	35	36	13	<b>29</b>	27
Västra Götaland	31	19	27	38	36	14	28	33
Örebro	29	17	25	35	37	12	26	27
Östergötlands	29	19	26	35	35	14	27	31
Total	32	17	24	39	36	14	26	33

I totalen ingår även de som saknar uppgift om bostadslän. Skuggning markerar mest positiva värde (till exempel störst återgång i arbete), fet stil markerar mest negativa värde (till exempel störst andel förtidspension)

<sup>11</sup> Hela befolkningen 25–64 år 2005 kv 1 som har längre än 3 års gymnasieutbildning. Belyser länets socioekonomiska struktur.

Bland kvinnor finns högst andel med någon förvärvsinkomst i Halland och Jämtland (80 procent) och lägst i Skåne (71 procent). Bland män finns högsta andelen med förvärvsinkomst i Kronoberg (77 procent) och lägst i Norrbotten (64 procent).

**Rehabiliteringspenning:** Knappt var femte av de långtidssjuka hade rehabiliteringspenning någon gång under 99/00, se *tabell 5*. Kvinnor som fått rehabiliteringspenning hade ungefär samma andel med förvärvsinkomst år 2004 (74 procent) som dem som inte fått det (76 procent). Jämfört med det förväntade värdet (66 procent, beaktat situationen år 2000) var utvecklingen mer positiv för dem som fått rehabiliteringspenning. De män som fått rehabiliteringspenningen hade en något större andel med förvärvsinkomst år 2004 (72 procent), jämfört med de män som inte fått det (69 procent). De hade en klart bättre utveckling än förväntat.

**Tabell 5. Rehabiliteringspenning år 99/00 och förekomst av förvärvsinkomst eller förtidspension 2004.**

Rehabiliteringspenning 99/00	Kvinnor				Män			
	Förvärvsinkomst 2004							
	Nej	Ja	Andel ja faktisk %	Andel ja förväntad %	Nej	Ja	Andel ja faktisk %	Andel ja förväntad %
<b>Nej</b>	33 794	99 021	76	76	24 059	52 228	69	73
<b>Ja</b>	7 954	22 555	74	66	4 653	12 153	72	66
Förtidspension (hel eller del) 2004								
<b>Nej</b>	80 048	52 767	40	39	46 119	30 168	40	40
<b>Ja</b>	15 373	15 136	50	50	9 786	7 020	42	48

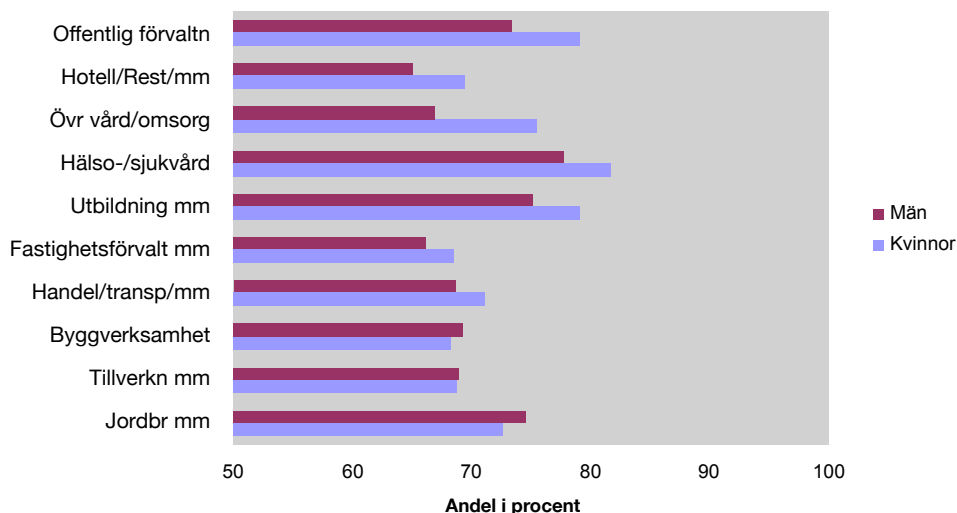
Förväntad är den andel som gruppen skulle ha haft år 2004 med hänsyn till utgångsläget år 2000, om de skulle ha samma utveckling som samtliga kvinnor och män.

**Sysselsättningsåtgärd:** Bland dem som hade sysselsättning med hjälp av en stödinsats år 2000 var det 36 procent fler (kvinnor och män) som ökade sin inkomst än som minskade den år 2004. Det är betydligt bättre än för alla långtidssjuka där 4 respektive 8 procent fler kvinnor respektive män i stället minskade sin inkomst.

**Arbetsställets storlek:** Utifrån antal sysselsatta på arbetsstället finns enbart mindre skillnader avseende förekomst av förtidspension bland dem som var långtidssjuka 2004. Det är något vanligare att långtidssjuka från ett större arbetsställe (76 procent kvinnor, 71 procent män) har förvärvsinkomst år 2004 än dem på ett litet (70 procent kvinnor, 67 procent män).

**Näringsgren:** Den näringsgren där de långtidssjuka från år 2000 lyckats bäst med återgång i arbete år 2004 är hälso- och sjukvård. Där hade 82 procent av

kvinnorna och 78 procent av männen förvärvsinkomst år 2004, se *figur 5*. Bland kvinnorna finns lägst andel med förvärvsinkomst inom byggverksamhet, fastighetsförvaltning m m och tillverkningsindustri (69 procent) och bland män inom hotell och restaurang (65 procent) följt av fastighetsförvaltning m m. Sämst utveckling av förvärvsinkomstens storlek har kvinnor och män i tillverkningsindustri. Skillnader i återgång i arbete mellan näringsgrenarna är mindre bland män än bland kvinnor.



**Figur 5. Näringsgren: Förekomst av förvärvsinkomst år 2004.**

## Diskussion

De långtidssjuka som främst återgick i arbete var ”statistiskt sett” svenskfödda kvinnor med eftergymnasial utbildning anställda av landstinget för arbete inom offentlig förvaltning eller hälso- och sjukvård, boende i Hallands, Kronobergs eller Jönköpings län. Minst återgång i arbete hade äldre lågt utbildade män som var arbetare födda i Europa utanför Norden boende i Västmanland, Kalmar, Norrbotten eller Blekinge och som arbetat inom näringarna hotell och restaurang eller fastighetsförvaltning m m.

Av dem som var långtidssjukskrivna år 2000 var enbart fyra procent sjukskrivna och helt utan förvärvsinkomst år 2004. Det visar att de absolut flesta långtidssjuka med tiden lämnar sjukförsäkringen utan regler om strikta tidsgränser. Av de långtidssjuka hade 25 procent förtida pension på heltid och 16 procent på deltid.

Bland dem med förtidspension på deltid hade hela nio av tio även förvärvsinkomst. Utan delpensionen hade knappast så stor andel kunnat arbeta. Helt åter i arbete (med förvärvsinkomst och utan ersättning för ohälsa eller arbetslöshet)

var 32 procent av kvinnorna och 36 procent av männen. Denna lilla skillnad mellan könen kan överraska med tanke på att kvinnor hade 1,85 gånger så hög risk som män för att bli långtidssjukskrivna.

När man tar hänsyn till näringsgren stämmer det inte att kvinnor har nästan dubbelt så hög risk som män för att bli långtidssjuka. Inom övrig vård och omsorg (äldre och handikappade, barnomsorg, missbrukare, hemtjänst) är risken enbart 1,3 gånger högre. Risken är dock fortfarande högre och förklaringen är bland annat att fler kvinnor än män har sämre förhållanden i arbetet och sämre tillgång till företagshälsovård (Gellerstedt 2007) samt gör mer arbete hemma (SOU 1990:49) och har sämre rehabilitering (Edlund 2001).

De långtidssjuka som hade fått rehabilitering under 1999/2000 hade en klart bättre utveckling av förvärvsinkomsten än de övriga år 2004. Det gäller framför allt män. De som fått sysselsättning med hjälp av stödinsats hade också en klart förbättrad förvärvsinkomst.

Bland dem som var långtidssjuka år 2000 hade tio procent någon ersättning för arbetslöshet år 2004, jämfört med 20 procent år 2000. Det är ett rätt gott resultat med tanke på att arbetslösheten ökade från 4,7 procent år 2000 till 5,5 procent 2004 (SCB 2005) och att förvärvsfrekvensen sjönk från 74,2 till 73,4 procent under samma tidsperiod. Överraskande är att bland de långtidssjukskrivna som under 1990-talet hade varit arbetslösa fanns det en större andel med förvärvsinkomst år 2004 än bland dem som inte hade varit arbetslösa under 1990-talet. Myten att arbetslösa överutnyttjar sjukförsäkringen stämmer helt enkelt inte.

I debatten anges ibland att anställda i små företag är friskare än i större företag (se till exempel Företagarna 2003). Föreliggande studie fann ingen skillnad i risk för att bli långtidssjuk utifrån arbetsställets storlek – tvärtom verkar vara fallet. Långtidssjukskrivna från arbetsställen med fler än 50 anställda återgår i arbete i högre utsträckning (kvinnor 76 procent, män 71 procent) än långtidssjuka från arbetsställen med färre än 10 anställda (kvinnor 70 procent, män 67 procent).

Avsikten med sjukförsäkringen var att trygga försörjningen vid sjukdom och göra det ekonomiskt möjligt att återhämta sig och bli frisk. Det är en orsak till att Sverige har en av världens friskaste befolkningar. Föreliggande studie visar åter att långtidssjuka är starkt överrepresenterade i branscher och yrken med sämre arbetsvillkor. Studien visar också att rehabilitering och andra stödåtgärder underlättade återgången till arbete. Slutsatsen är att större resurser skulle ha lagts på att ”rehabilitera” arbetet och den sjuke och inte på att ändra i sjukförsäkringen.

## Referenser

- Edlund C (2001): *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer: en studie om sjukskrivning och rehabilitering*. Doktorsavhandling. Umeå: Medicinska fakulteten, Umeå universitet.
- Företagarna (2003): *Smådriftsfördelar – en bortglömd faktor i kampen mot ohälsan*. Stockholm: Företagarna.
- Försäkringskassan Analyserar (2006:16): *Sjukförsäkringen – kulturer och attityder*. SKA-projektet. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan Analyserar (2007:12): *Vägen tillbaka – en beskrivande studie av flödet ut från sjuk- och aktivitetsersättning*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan Redovisar (2000:11): *Långtidssjukskrivna – bakgrund, diagnos och återgång i arbete. Utvecklingen från slutet av 1980-talet till 1999*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Gellerstedt S (2010): *Långtidssjukskriven och sedan. En uppföljning av 265 000 långtidssjuka*. Stockholm: Landsorganisationen i Sverige.
- Haugen K m fl (2006): Strukturella och individuella faktorer bakom ohälsan. I Försäkringskassan Analyserar (2006:16): *Sjukförsäkringen – kulturer och attityder. SKA-projektet*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Hermansson A, Johnson B (2007): "Överutnyttjandediskursen". *Arbetsliv i omvandling 2007:9*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Landstinget Gävleborg (1998): *Folkhälsa 2000*. Hälsopolitiskt program utarbetat av parlamentariska kommittén. Rapport 1998:1. Gävle: Landstinget i Gävleborg.
- Larsson T, Marklund S, Westerholm P (2006): *Den galopperade sjukfrånvaron – sken, fenomen och väsen*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Marklund S m fl (red) (2005): *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Statens Folkhälsoinstitut, Försäkringskassan och Institutet för psykosocial medicin.
- OECD (1997): *Employment Outlook*. Juli 1997. OECD.
- SCB (2005): *Sysselsättning och arbetslöshet 1976–2004*. Avd arbetsmarknads- och utbildningsstatistik, 2005-11-21. Stockholm: SCB.
- SOU 1990:49: *Arbete och hälsa*. Betänkande av Arbetsmiljökommissionen. Stockholm.
- SOU 2002:62: *Kunskapsläge sjukförsäkringen*. Stockholm.
- SOU 2006:86: *Mera försäkring och mera arbete*. Stockholm.
- Theorell T (2006): *I spåren av 90-talet*. Stockholm: Karolinska University Press.
- Wikman A (2006): Utsorterad från arbetslivet – en fördjupad analys. I Olofsson J & Zavisic M (red): *Vägar till en öppen arbetsmarknad*. Årsbok 2006. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Wikman A (2007): Arbetslivslängd. I Kadefors R (2007): *Behov av och möjligheter till ett utsträckt arbetsliv för den äldre arbetskraften* (bilaga). Rapport till regeringen 2007-02-08. Göteborg/ Stockholm: Analysenheten, Arbetslivsinstitutet.