



IFAU

Institutet för arbetsmarknads- och
utbildningspolitisk utvärdering

Uppsägningar och alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet

Marcus Eliason

RAPPORT 2014:2

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) är ett forskningsinstitut under Arbetsmarknadsdepartementet med säte i Uppsala. IFAU ska främja, stödja och genomföra vetenskapliga utvärderingar. Uppdraget omfattar: effekter av arbetsmarknads- och utbildningspolitik, arbetsmarknadens funktionssätt och arbetsmarknadseffekter av socialförsäkringen. IFAU ska även sprida sina resultat så att de blir tillgängliga för olika intressenter i Sverige och utomlands.

IFAU delar även ut forskningsbidrag till projekt som rör forskning inom dess verksamhetsområden. Forskningsbidragen delas ut en gång per år och sista dag för ansökan är den 1 oktober. Eftersom forskarna vid IFAU till övervägande del är nationalekonomer, ser vi gärna att forskare från andra discipliner ansöker om forskningsbidrag.

IFAU leds av en generaldirektör. Vid institutet finns ett vetenskapligt råd bestående av en ordförande, institutets chef och fem andra ledamöter. Det vetenskapliga rådet har bl.a. som uppgift att lämna förslag till beslut vid beviljandet av forskningsbidrag. Till institutet är även en referensgrupp knuten där arbetsgivar- och arbetstagersidan samt berörda departement och myndigheter finns representerade.

Rapporterna finns även i tryckt format. Du kan beställa de tryckta rapporterna via telefon eller mejl. Se nedanstående kontaktinformation.

Postadress: Box 513, 751 20 Uppsala
Besöksadress: Kyrkogårdsgatan 6, Uppsala
Telefon: 018-471 70 70
Fax: 018-471 70 71
ifau@ifau.uu.se
www.ifau.se

IFAU har som policy att en uppsats, innan den publiceras i rapportserien, ska seminariebehandlas vid IFAU och minst ett annat akademiskt forum samt granskas av en extern och en intern disputerad forskare. Uppsatsen behöver dock inte ha genomgått sedvanlig granskning inför publicering i vetenskaplig tidskrift. Syftet med rapportserien är att ge den ekonomiska politiken och den ekonomisk-politiska diskussionen ett kunskapsunderlag.

Uppsägningar och alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet[§]

av

Marcus Eliason[¶]

2014-01-16

Sammanfattning

Syfte: Att studera sambandet mellan uppsägningar och efterföljande alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet.

Data: Svenska registerdata som länkar arbetstagare till deras arbetsplats användes för att identifiera samtliga nedläggningar av arbetsställen under 1990–1999, liksom de arbetstagare som sades upp och en jämförelsegrupp bestående av arbetstagare på arbetsställen som inte lades ned. Till dessa data kopplades dels bakgrundsinformation, dels information om alkoholrelaterade dödsfall och sjukhusinläggningar från dödsorsaksregistret och patientregistret.

Metod: I likhet med ett flertal tidigare studier av effekterna av uppsägningar utnyttjas arbetsplatsnedläggningar som en strategi för att hantera de selektionsproblem som är förknippade med den här typen av studier och på så sätt försöka säkerställa ett kausalt samband. Sambanden mellan uppsägningar och alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet under en tolvårig uppföljningsperiod skattas med regressionsmodeller efter att ha viktat om kontrollgruppen i syfte att efterlikna studiegruppen avseende observerbara egenskaper och riskfaktorer.

Resultat: Både uppsagda män och kvinnor hade en förhöjd alkoholrelaterad dödlighet och risk att drabbas av alkoholrelaterade hälsoproblem som krävde sjukhusvård. För kvinnor tycks dessa sjukdomar huvudsakligen varit begränsade till alkoholberoende och skadligt bruk av alkohol, medan män också hade en ökad risk för alkoholförgiftning och leversjukdomar och pankreatit som krävde sjukhusvård.

Slutsatser: Resultaten stöder tidigare forskningsresultat som påvisat en ökad risk för alkoholrelaterad sjuklighet/dödlighet efter en uppsägning. Resultaten tyder dock på att de alkoholrelaterade problemen manifesterades något olika hos män och kvinnor.

[§] Författaren tackar för synpunkter och förslag från Erik Grönqvist, Tomas Hemmingsson, Johan Vikström, och seminariedeltagare på IFAU och HEFUU.

[¶] marcus.eliason@ifau.uu.se

Innehållsförteckning

1	Inledning och bakgrund	3
2	Data och metod	5
2.1	Arbetsplatsnedläggningar, uppsägningar, arbetslöshet, och selektionsproblem	5
2.2	Identifiering av nedlagda arbetsställen	6
2.3	Studie- och kontrollgrupperna	7
2.4	Utfallsvariabler	8
2.5	Bakgrundsvariabler	8
2.6	Statistisk analys	8
2.7	Beskrivande statistik	9
3	Resultat	12
3.1	Alkoholrelaterad sjuklighet	12
3.2	Alkoholrelaterad dödlighet	15
3.3	Känslighetsanalys	17
4	Diskussion och slutsatser	18
	Referenser	23
	Appendix	30

1 Inledning och bakgrund

Sambandet mellan att förlora ett jobb och arbetslöshet å ena sidan och användandet av alkohol och dess relaterade hälsoproblem å andra sidan är komplext. Dels kan ett alkoholmissbruk öka risken att bli uppsagd (Baldwin m.fl., 2010) och minska möjligheterna till sysselsättning (MacDonald och Shields, 2004; Terza, 2002) även om detta inte stöds av alla studier (Balsa och French, 2010; Feng m.fl., 2001; Mullahy och Sindelar, 1996). Dels kan en uppsägning innebära en omvälvande och stressande¹ livshändelse som förutom rent ekonomiska konsekvenser även kan innebära en förändring av dagliga rutiner, relationer, sociala roller och ens självuppfattning, vilket vissa kan reagera på med ökat användande av alkohol som ett sätt att hantera den uppkomna situationen (Gallo m.fl., 2001; Keyes m.fl., 2011), i synnerhet om uppsägningen följs av en längre period av arbetslöshet (Mossakowski, 2008). Det senare innebär dessutom både att det finns mer tid för konsumtion av alkohol och att den sociala kontroll som ett jobb innebär går förlorad. Å andra sidan har alkohol konsekvent visat sig ha en positiv inkomstelasticitet (d.v.s. att efterfrågan på alkohol ökar/minskar med en ökad/minskad inkomst) samtidigt som en uppsägning kan resultera i ett stort inkomstbortfall – både på kort sikt under en period av arbetslöshet, men även på längre sikt genom upprepade uppsägningar och framtida arbetslöshet – som begränsar det ekonomiska utrymmet för konsumtion av alkohol.

Således kan man hitta teoretiska argument både för att alkoholkonsumtionen borde öka, likväl som minska, efter en uppsägning (Gallo m.fl., 2001). Detta återspeglas också i den empiriska litteraturen där delvis motstridiga resultat har rapporterats. Flera studier har rapporterat en ökad alkoholkonsumtion i samband med en uppsägning (Deb m.fl., 2011; Gallo m.fl., 2001; Kriegaum m.fl., 2010) och arbetslöshet (Bolton och Rodriguez, 2009; Virtanen m.fl., 2008) medan andra har rapporterat minskad alkoholkonsumtion (Giesbrecht m.fl., 1982; Iversen och Klausen, 1986; Leino-Arjas m.fl., 1999). Det mindre antal studier som i likhet med den här studien har studerat sambandet med alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet, istället för alkoholkonsumtion i sig, har vanligen, men inte genomgående, funnit ett positivt samband med uppsägningar (Browning och Heinesen, 2012; Catalano m.fl., 1993; Eliason och Storrie, 2009a, 2009b, 2010; Keefe m.fl., 2002).

¹ I många förklaringsmodeller till alkoholbruk och alkoholberoende ses stress som en viktig komponent. Empiriska studier tyder dock på att det inte finns något enkelriktat samband och riktningen på sambandet tyckas variera både mellan studier, kön, och typen av stress (Ayer m.fl., 2011; San Jose m.fl., 2000).

Varken den litteratur som behandlar sambandet mellan uppsägningar/arbetslöshet och hälsa/hälsobeteende i mer generella termer eller det mer specifika sambandet med alkoholkonsumtion och dess relaterade hälsoproblem ger ett entydigt besked rörande i vilken utsträckning män och kvinnor påverkas på samma sätt (Hammarström m.fl., 2011). Ett flertal studier har antingen inte separerat effekterna för män och kvinnor (Catalano m.fl., 1993; Gallo m.fl., 2001) eller så har de uteslutande studerat män (Browning och Heinesen, 2010; Iversen och Klausen, 1986; Leino-Arjas m.fl., 1999). De få studier som har undersökt konsekvenserna för både män och kvinnor separat har rapporterat blandade resultat: två svenska studier har till exempel funnit att både män och kvinnor som blivit uppsagda i samband med arbetsplatsnedläggningar i högre utsträckning vårdats på sjukhus med en alkoholrelaterad diagnos (Eliason och Storrie, 2009b), men att en motsvarande ökning av den alkoholrelaterade dödligheten var begränsad till män (Eliason och Storrie, 2009a).

Det övergripande syftet med den här studien är att studera i vilken utsträckning uppsägningar under 1990-talet påverkade risken för de mest allvarliga konsekvenserna av bruk och missbruk av alkohol: behov av sjukhusvård eller dödsfall med en alkoholrelaterad diagnos. Vidare syftar studien till att ge mer kunskap om hur sambandet mellan uppsägningar och alkoholrelaterade hälsoproblem skiljer sig åt mellan män och kvinnor och även mer specifikt hur dessa yttrar sig genom att studera både män och kvinnor och samtidigt göra en distinktion mellan olika alkoholrelaterade sjukdomar och tillstånd.

I likhet med ett flertal tidigare studier av effekterna av uppsägningar utnyttjas arbetsplatsnedläggningar som en strategi för att hantera de selektionsproblem som är förknippade med den här typen av studier och på så sätt försöka säkerställa ett kausalt samband. I korta ordalag så innebär selektionsproblemet att det inte är slumpmässigt vilka som blir uppsagda, och att de som blir respektive inte blir uppsagda därmed skiljer sig åt, t.ex. att de har olika alkoholvanor, på sätt som också påverkar det studerade utfallet. Iversen och Klausen (1986) är ett tidigt exempel på en ”nedläggningsstudie”, medan Browning och Heinesen (2012), Deb m.fl. (2011), och Eliason och Storrie (2009a, b) är exempel från senare år.² Genom att utnyttja länkade administ-

² Arbetsplatsnedläggningar har också utnyttjats för att studera effekterna av uppsägningar på många andra utfall såsom: arbetsinkomst (Eliason och Storrie, 2006; Hijzen m.fl., 2010), arbetslöshet (Eliason och Storrie, 2006), arbetsskador (Leombruni m.fl., 2013), barns hälsa (Lindo, 2011), barns skolprestationer (Coelli, 2011; Oreopoulos m.fl., 2008), depression (Brand m.fl., 2008), dödlighet (Browning and Heinesen, 2012; Eliason and Storrie, 2009a), fertilitet (Del Bono m.fl., 2012; Huttunen och Kellokumpu 2010), hushållets inkomster (Eliason, 2011), kriminalitet (Rege m.fl., 2009), makars psykiska hälsa (Marcus, 2013), rökning (Marcus, 2012), sjuklighet (Browning och Heinesen, 2012; Eliason och Storrie, 2009b, 2010), skilsmässor (Charles och Stephens, 2004; Eliason, 2012; Rege m.fl., 2007), sysselsättning (Eliason och Storrie, 2006), och övervikt (Deb m.fl., 2011).

rativa register med information om både arbetstagare och arbetsgivare identifierades både de arbetsplatser som lades ned och de som fortsatte sin verksamhet, såväl som de anställda på dessa arbetsplatser (d.v.s. studie- resp. kontrollgruppen). Dessa data matchades i sin tur med information om dödsfall och sjukhusinläggningar från dödsorsaksregistret respektive patientregistret.

Innan vi fortsätter till den empiriska delen kan det vara på sin plats med en översiktlig beskrivning av de förändringar av alkoholmarknaden och alkoholkonsumtionen i stort som skedde under den studerade perioden. I början av 1990-talet hade Sverige en restriktiv alkoholpolitik (inklusive ett statligt alkoholmonopol), höga alkoholskatter och alkoholpriser, samt en låg genomsnittlig alkoholkonsumtion. I och med Sveriges EU-inträde 1995 kom den restriktiva svenska alkoholpolitiken emellertid att liberaliseras. De statliga monopolerna på import, export, tillverkning och partihandel av alkoholdrycker avskaffades, och detaljhandelsmonopolet för alkohol är det enda som återstår. Även skattesatserna för öl och vin sänktes med 39 procent (år 1997) respektive 19 procent (år 2001). Genom EU-medlemskapet var Sverige också tvunget att höja införselkvoterna för alkoholprodukter för resande från annat EU-land och 2004 avskaffades de helt. Den mer liberala alkoholpolitiken ligger sannolikt bakom åtminstone en del av den ökade konsumtionen av alkohol, speciellt den oregistrerade konsumtionen av privatimporterade alkoholdrycker: 1990 var den uppskattade årliga konsumtionen 7,8 liter ren alkohol per person, varav 18 procent var oregistrerad (legal och illegal) konsumtion, medan den 2004 hade stigit till 10,5 liter respektive 38 procent (CAN, 2012).

2 Data och metod

2.1 Arbetsplatsnedläggningar, uppsägningar, arbetslöshet, och selektionsproblem

En orsak till att studera konsekvenser av uppsägningar i samband med arbetsplatsnedläggningar – framtvingade av strukturella eller ekonomiska förändringar – är förstås att belysa hur dessa påverkar de anställda som förlorar sina jobb. En annan orsak är däremot rent metodologisk. Genom att studera uppsägningar orsakade av arbetsplatsnedläggningar är det möjligt att reducera de selektionsproblem som annars ofta är förknippade med studier av konsekvenserna av uppsägningar (av andra orsaker) och arbetslöshet. Bartley och Ferrie har beskrivit arbetsplatsnedläggningar som:

”[...] anses utgöra goda naturliga experiment för studier av arbetslöshet och hälsa eftersom det i teorin inte borde det finnas någon selektion.

Hälsa och andra möjliga snedvridande faktorer av sambandet bör inte påverka förekomsten av arbetslöshet under dessa omständigheter. [...] Denna unika egenskap har möjliggjort ett betydande bidrag till kunskapen om effekten av arbetslöshet på individens hälsa.” (Bartley och Ferrie, 2001, p.777; egen översättning)

Det bör dock noteras i detta sammanhang att bli uppsagd i många fall inte innebär att man också blir arbetslös (Eliason och Storrie 2006; Schmieder m.fl. 2010). Tack vare lagstadgad uppsägningstid, eller att uppsägningen av andra anledningar är förutsebar, finns det möjlighet att finna ny anställning utan en mellanliggande period av arbetslöshet. Således kan en skattad effekt av en uppsägning inte direkt tolkas i termer av en effekt av arbetslöshet, utan möjligen som en undre gräns för en sådan effekt.

Tidigare studier av sambandet mellan arbetslöshet och alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet har också i allmänhet påvisat ganska stora ogynnsamma effekter (Catalano m.fl., 1993; Eliason m.fl., 2010; Garcy och Vågerö, 2012, Lundin m.fl., 2012; Zagozdzon m.fl., 2009). En större skattad effekt av arbetslöshet än av uppsägningar kan tyda på att arbetslöshet står för en stor del av sambandet mellan uppsägningar och alkoholrelaterade utfall, men det skulle också kunna vara så att en sådan skillnad är en konsekvens av selektion. Lundin m.fl. (2012) har till exempel visat att en del av skillnaderna i alkoholrelaterad sjuklighet mellan arbetslösa och sysselsatta män kunde härledas till redan tidigare existerande skillnader avseende sådana riskfaktorer som i allmänhet inte kan observeras av forskaren.

Slutligen är det värt att poängtera att man dock inte fullt ut kan betrakta en arbetsplatsnedläggning som ett naturligt experiment i och med att nedläggningar, till exempel, är mer vanligt förekommande bland små och nystartade företag samt i vissa regioner och inom vissa branscher. Därför krävs det att man ändå kontrollerar för skillnader i egenskaper och riskfaktorer mellan studie- och kontrollgruppen.

2.2 Identifiering av nedlagda arbetsställen

I administrativa registerdata, där arbetstagare och arbetsställen är länkade, är det möjligt att identifiera nedläggningar av arbetsställen genom att följa flöden av arbetstagare. Ett arbetsställe definierades som nedlagt om det minskade antalet anställda med mer än 90 procent mellan november ett år och november följande år och om denna minskning visade sig vara permanent. Samtliga

arbetsställen som lades ned under 1991–1999 identifierades, inklusive de fall då arbetsställets identitetsnummer inte längre fanns i registret.³

2.3 Studie- och kontrollgrupperna

Analysdata innehöll nio kohorter (1991, 1992, ..., 1999) bestående av samtliga arbetstagare i åldern 20–64 år som i november hade sin huvudsakliga anställning (d.v.s. den anställning varifrån de erhöll den största årsinkomsten) på ett arbetsställe med minst 10 anställda. Detta resulterade i en studiegrupp av ”uppsagda” (d.v.s. arbetstagarna på de nedlagda arbetsställena) med 13 000–33 000 män och 11 000–22 000 kvinnor i varje kohort och en kontrollgrupp av ”icke-uppsagda” (d.v.s. arbetstagarna på de arbetsställen som inte lades ner) innefattande cirka 1,4 miljoner män respektive kvinnor i varje kohort (se Tabell 1).⁴

Tabell 1. Antal ”uppsagda” och ”icke-uppsagda” män och kvinnor i varje kohort

Kohort	Män		Kvinnor	
	Uppsagda	Icke-uppsagda	Uppsagda	Icke-uppsagda
1991	25 873	1 535 013	15 748	1 529 118
1992	32 720	1 487 518	21 550	1 511 382
1993	29 549	1 405 178	18 032	1 475 413
1994	18 865	1 354 336	16 718	1 426 782
1995	18 774	1 381 364	16 289	1 438 271
1996	15 202	1 417 312	12 560	1 449 647
1997	13 613	1 421 344	10 755	1 450 704
1998	15 041	1 425 415	13 514	1 445 980
1999	20 120	1 451 525	14 971	1 476 598

Varken studie- eller kontrollgruppen påfördes några ytterligare restriktioner under uppföljningsperioden. Med andra ord kan de icke-uppsagda arbetstagarna i kontrollgruppen ha blivit uppsagda senare under uppföljnings-

³ Identitetsnumret kan även försvinna av andra orsaker än att arbetsstället har upphört att existera – såsom vid sammanslagningar, upplösningar, eller vid felrapportering (SCB, 2005) – så kallade ”falska” nedläggningar (Kuhn, 2002). SCB genomför dock undersökningar i syfte att korrigera arbetsställesnumret i dessa fall. Dessutom undersöktes flödena av arbetstagare från dessa arbetsställen och om majoriteten av arbetstagarna var anställda tillsammans på ett och samma arbetsställe följande år, där de också utgjorde huvuddelen av arbetsstyrkan, tilldelades det förra arbetsstället det nya arbetsställets identitetsnummer. Följaktligen betraktades dessa fall inte som ”riktiga” nedläggningar.

⁴ Citationstecknen kring uppsagda och icke-uppsagda följer i det första fallet av att de ”uppsagda” inte nödvändigtvis behöver ha blivit uppsagda utan de kan dels ha sagt upp sig själva och dels lämnar definitionen av nedläggning ett visst utrymme för att ett fåtal (mindre än 10 procent) faktiskt är kvar på arbetsstället även följande år. I det andra fallet så beror det på att dessa arbetstagare dels kan ha blivit uppsagda under urvalsåret fast av en annan orsak än att arbetsplatsen lades ned och dels att de kan ha blivit uppsagda (oavsett orsak) en eller flera gånger under resten av uppföljningsperioden.

perioden, och på samma sätt kan de uppsagda arbetstagarna blivit uppsagda återigen vid ett senare tillfälle.

2.4 Utfallsvariabler

Alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet mättes som sjukhusinläggningar och dödsfall med en sjukdom eller ett tillstånd som helt kan tillskrivas alkohol (dessa kommer fortsättningsvis att kallas alkoholdiagnoser) antingen som huvud- eller bidiagnos i patientregistret eller som underliggande eller bidragande dödsorsak i dödsorsaksregistret. Dessa alkoholdiagnoser var följande (med tillhörande ICD-9/10-koder inom parentes): alkoholförgiftning (980; T51, X45, X65, Y15), alkoholproblem⁵ (291, 303, 305.0; F10), alkoholrelaterad leversjukdom eller alkoholutlöst pankreatit (571.0–3, 577.0–1; K70, K85, K86.0–1), och övriga alkoholrelaterade sjukdomar eller tillstånd (357.5 425.5, 535.3, 760.71; E24.4, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, O35.4). Både sjukhusinläggningar och dödsfall med en diagnos/dödsorsak från den senare gruppen av alkoholdiagnoser var emellertid mycket ovanliga varför inga separata resultat avseende denna diagnosgrupp kommer att rapporteras.

2.5 Bakgrundsvariabler

Uppsättningen bakgrundsvariabler eller riskfaktorer inkluderade dels vanliga sociodemografiska och socioekonomiska variabler från urvalsåret: ålder, civilstånd (aldrig gift, gift, skild, änka/änkling), antal barn i åldern 0–6 respektive 7–17 år, bostadslän (24 länsindikatorer), utbildning (högst grundskola, gymnasium, universitet), anställningslängd (5 kategorier), bransch (10 kategorier), och arbetsplatsens storlek. Dels ett antal variabler från de tre närmast föregående åren: tidigare slutenvårdsbehandling för någon av utfallsdiagnoserna eller för något psykisk tillstånd ej relaterat till alkohol, antal slutenvårdstillfällen och dess längd (årsgenomsnitt oavsett diagnos), antal årliga sjukfallsperioder och dess längd (årsgenomsnitt), samt genomsnittlig årsarbetsinkomst.

2.6 Statistisk analys

I den empiriska analysen användes en viktad regressionsmodell för att beräkna både relativa och absoluta risker som mått på effekterna av att bli uppsagd. Genom att ge varje individ i kontrollgruppen en vikt motsvarande kvoten mellan sannolikheten att tillhöra studie- respektive kontrollgruppen betingat på de bakgrundsvariabler och riskfaktorer som presenterades i avsnitt 2.5 (så kallad propensity-score-weighting) kan man skapa en pseudokontrollgrupp som liknar studiegruppen med avseende på samma bakgrundsvariabler och risk-

⁵ Alkoholproblem innefattar här beroende, risk-, miss-, och skadligt bruk samt alkoholpsykos.

faktorer.^{6 7} Därefter skattades relativa risker (RR) och absoluta risker eller riskdifferenser (RD), med 95-procents konfidensintervall, separat för män och kvinnor.^{8 9} Den relativa risken utgör kvoten mellan studie- respektive kontrollgruppens risk för ett visst utfall medan den absoluta risken utgör differensen mellan samma risktal. För att ta ett exempel: Antag att risktalet eller dödligheten i en viss sjukdom under en viss period är 0,018 procent i studiegruppen och 0,012 procent i kontrollgruppen. Då är $RD=0,018-0,012=0,006$ och $RR=0,018/0,012=1,50$. Riskdifferensen säger då att överdödligheten i studiegruppen motsvarar 0,006 procentenheter medan den relativa risken säger att dödligheten är 50 procent högre bland dem i studiegruppen jämfört med dem i kontrollgruppen. Om det inte fanns någon skillnad i dödlighet mellan grupperna skulle alltså den relativa risken vara lika med ett och den absoluta risken lika med noll.

2.7 Beskrivande statistik

Detta avsnitt innehåller en jämförelse av studie- och kontrollgrupperna före och efter viktningen med avseende på bakgrundskaraktistika (de 24 länsindikatorerna är exkluderade för att spara utrymme). I Tabell 2 och Tabell 3 presenteras dels medelvärdena för samtliga bakgrundsvariabler för både studie- och kontrollgruppen och dels skillnaden dem emellan, både före och efter viktningen, i procent av dess standardavvikelse (före viktning). Denna standardiserade skillnad är oberoende av vilken enhet som variabeln mäts i varför skillnaden för olika variabler kan jämföras.

Från tabellerna är det tydligt att de mest påtagliga skillnaderna mellan studie- och kontrollgrupperna avser skillnader i arbetsställets storlek, anställningslängd, sektor, ålder och årsinkomster. Skillnaderna avseende tidigare behandling i slutenvård är däremot mindre och särskilt de för slutenvårdstillfällen med en alkoholdiagnos. Man kan också notera att andelen som vårdats på sjukhus med en alkoholdiagnos under treårsperioden före uppsägningarna var mycket liten både i studie- och kontrollgrupperna: mindre än en procent av männen och mindre än en halv procent av kvinnorna.

⁶ De betingade sannolikheterna skattades med en binomial generaliserad linjär modell (GLM) med en s.k. logitlänk och med variablerna i avsnitt 2.5 som förklarande variabler.

⁷ Vikterna var även normaliserade såsom föreslagits i Hirano och Imbens (2001).

⁸ Även de relativa och absoluta riskerna skattades med en binomial GLM, dock med log- respektive identitetslänk och utan övriga förklarande variabler.

⁹ I och med att censurering av observationer bara sker i de fåtal fall då individen avlidit eller emigrerat har detta antagits ha en obetydlig påverkan på estimaten och inga försök har gjorts att korrigera dem för detta.

Tabell 2. Beskrivning av studiegruppen ($D=1$) av uppsagda män och kontrollgruppen ($D=0$) av icke-uppsagda män, samt de standardiserade skillnaderna dem emellan (SDM), med avseende på bakgrundskaraktistika

Bakgrundsvariabler	Före viktning			Efter viktning		
	$D=1$	$D=0$	SDM	$D=1$	$D=0$	SDM
Ålder	38,43	40,33	-16,09	38,43	38,43	-0,05
Utlandsfödd	12,46%	9,34%	10,02	12,46%	12,44%	0,04
<i>Civilstatus</i>						
Aldrig gift	47,69%	41,76%	11,96	47,69%	47,68%	0,04
Gift	43,19%	49,71%	-13,10	43,19%	43,22%	-0,05
Skild	8,62%	7,96%	2,39	8,62%	8,61%	0,03
Änka/änkling	0,50%	0,57%	-1,04	0,50%	0,50%	-0,01
<i>Antal barn i åldern</i>						
< 7 år	19,87	20,49	-1,54	19,87	19,86	0,01
7–17 år	23,81	26,71	-6,68	23,81	23,82	-0,01
<i>Utbildning</i>						
Grundskola/okänd nivå	27,13%	23,85%	7,54	27,13%	27,13%	0,01
Gymnasium	52,81%	47,94%	9,76	52,81%	52,82%	-0,02
Eftergymnasial	20,06%	28,21%	-19,15	20,06%	20,05%	0,01
<i>Inkomst</i>						
Inkomst (årsgenomsnitt i tkr)	201,29	233,60	-22,83	201,25	201,35	-0,07
<i>Sektor</i>						
Icke-specifierade aktiviteter	1,86%	0,36%	14,37	1,86%	1,87%	-0,16
Fiske, jord- och skogsbruk	1,29%	0,80%	4,81	1,29%	1,30%	-0,04
Tillverkning och brytning	23,24%	35,15%	-26,41	23,24%	23,21%	0,08
El- och vattenförsörjning m.m.	0,93%	1,90%	-8,23	0,93%	0,93%	0,00
Bygg	16,81%	7,65%	28,23	16,81%	16,86%	-0,16
Handel och kommunikation	21,98%	19,53%	6,05	21,98%	21,99%	-0,02
Finansiella/företagstjänster	14,65%	10,12%	13,79	14,65%	14,64%	0,05
Utbildning och forskning	2,09%	6,85%	-23,20	2,09%	2,08%	0,05
Hälsovård och social arbete	4,18%	5,97%	-8,13	4,18%	4,19%	-0,01
Personliga/kulturella tjänster	8,23%	4,73%	14,25	8,23%	8,21%	0,07
Offentlig förvaltning etc.	4,74%	6,95%	-9,44	4,74%	4,74%	0,02
<i>Anställningslängd</i>						
1 år	35,40%	19,08%	37,29	35,40%	35,45%	-0,12
2 år	16,86%	12,23%	13,16	16,86%	16,87%	-0,01
3 år	10,42%	9,30%	3,78	10,42%	10,43%	-0,01
4 år	7,11%	7,56%	-1,73	7,11%	7,11%	0,02
5 år	5,32%	6,44%	-4,77	5,32%	5,32%	0,01
6+ år	24,88%	45,38%	-43,97	24,88%	24,83%	0,10
Antal anställda	129,86	479,01	-43,25	129,85	127,72	0,26
<i>Slutenvårdsbehandling av:</i>						
Alkoholförgiftning	0,03%	0,03%	0,08	0,03%	0,03%	0,00
Alkoholproblem	0,71%	0,46%	3,31	0,71%	0,70%	0,04
Leversjukdom och pankreatit	0,13%	0,10%	0,86	0,13%	0,13%	0,00
Övriga alkoholsjukdomar	0,01%	0,01%	0,42	0,01%	0,01%	0,03
Övriga psykiska sjukdomar	0,92%	0,72%	2,22	0,92%	0,92%	0,02

Bakgrundsvariabler	Före viktning			Efter viktning		
	D=1	D=0	SDM	D=1	D=0	SDM
<i>Slutenvårdsbehandling</i>						
Antal inläggningar	0,07	0,07	1,32	0,07	0,07	0,03
Antal dagar	0,48	0,43	1,22	0,48	0,48	0,02
<i>Sjukskrivning</i>						
Antal tillfällen	0,96	0,78	13,68	0,96	0,96	0,08
Antal dagar	13,66	10,88	8,28	13,66	13,64	0,05

Not: Medelvärden/andelar liksom den standardiserade skillnaden (SDM) presenteras både före och efter viktningen.

Tabell 3. Beskrivning av studiegruppen (D=1) av uppsagda kvinnor och kontrollgruppen (D=0) av icke-uppsagda kvinnor, samt skillnaderna dem emellan, med avseende på bakgrundskaraktistika

Bakgrundsvariabler	Före viktning			Efter viktning		
	D=1	D=0	SDM	D=1	D=0	SDM
Ålder	37,94	40,74	-23,51	37,94	37,93	0,04
Utlandsfödd	12,74%	9,55%	10,15	12,74%	12,75%	-0,05
<i>Civilstatus</i>						
Aldrig gift	43,00%	33,89%	18,82	43,00%	43,02%	-0,05
Gift	43,33%	52,69%	-18,82	43,33%	43,30%	0,06
Skild	11,83%	11,30%	1,65	11,83%	11,84%	-0,02
Änka/änkling	1,84%	2,12%	-2,02	1,84%	1,84%	0,00
<i>Antal barn i åldern</i>						
< 7 år	22,14	21,45	1,65	22,14	22,13	0,02
7–17 år	27,28	31,14	-8,50	27,28	27,26	0,03
<i>Utbildning</i>						
Grundskola/okänd nivå	24,35%	19,50%	11,73	24,35%	24,35%	0,00
Gymnasium	53,29%	49,53%	7,54	53,29%	53,31%	-0,05
Eftergymnasial	22,36%	30,97%	-19,57	22,36%	22,34%	0,06
<i>Inkomst</i>						
Inkomst (årsgenomsnitt i tkr)	135,58	153,80	-21,45	135,58	135,54	0,05
<i>Sektor</i>						
Icke-specificerade aktiviteter	2,01%	0,36%	15,25	2,01%	2,07%	-0,61
Fiske, jord- och skogsbruk	0,73%	0,34%	5,44	0,73%	0,73%	-0,02
Tillverkning och brytning	12,34%	12,81%	-1,41	12,34%	12,33%	0,04
El- och vattenförsörjning m.m.	0,30%	0,45%	-2,41	0,30%	0,30%	-0,01
Bygg	2,00%	0,85%	9,63	2,00%	2,01%	-0,09
Handel och kommunikation	19,01%	13,80%	14,11	19,01%	19,06%	-0,14
Finansiella företagstjänster	16,92%	8,42%	25,76	16,92%	16,91%	0,03
Utbildning och forskning	4,33%	12,20%	-28,87	4,33%	4,31%	0,07
Häsovård och social arbete	24,65%	37,83%	-28,75	24,65%	24,56%	0,19
Personliga/kulturella tjänster	12,22%	6,11%	21,31	12,23%	12,23%	0,00
Offentlig förvaltning etc.	5,49%	6,82%	-5,56	5,49%	5,49%	0,00

Bakgrundsvariabler	Före viktning			Efter viktning		
	D=1	D=0	SDM	D=1	D=0	SDM
<i>Anställningslängd</i>						
1 år	37,95%	20,57%	38,92	37,95%	38,04%	-0,19
2 år	16,84%	12,99%	10,82	16,84%	16,87%	-0,08
3 år	9,93%	9,81%	0,40	9,93%	9,93%	0,01
4 år	6,88%	7,89%	-3,84	6,88%	6,88%	0,00
5 år	5,39%	6,58%	-5,05	5,39%	5,38%	0,02
6+ år	23,01%	42,16%	-41,74	23,01%	22,90%	0,23
Antal anställda	158,77	592,31	-43,39	158,76	153,64	0,51
<i>Slutenvårdsbehandling av:</i>						
Alkoholförgiftning	0,03%	0,02%	0,71	0,03%	0,03%	0,02
Alkoholproblem	0,22%	0,15%	1,57	0,22%	0,22%	0,02
Alkoholrelaterad leversjukdom och pankreatit	0,06%	0,06%	0,14	0,06%	0,06%	0,00
Övriga alkoholsjukdomar	0,00%	0,00%	0,40	0,00%	0,00%	0,04
Övriga psykiska sjukdomar	1,00%	0,80%	2,03	1,00%	0,99%	0,02
<i>Slutenvårdsbehandling</i>						
Antal inläggningar	0,14	0,13	1,64	0,14	0,14	0,04
Antal dagar	0,82	0,78	1,27	0,82	0,82	0,10
<i>Sjukskrivning</i>						
Antal tillfällen	1,09	1,00	5,85	1,09	1,09	0,06
Antal dagar	18,36	17,06	3,12	18,36	18,35	0,04

Not: Medelvärden/andelar liksom den standardiserade skillnaden (SDM) presenteras både före och efter viktningen.

Det framgår också från Tabell 2 och Tabell 3 att viktningen ledde till betydligt mindre skillnader mellan studie- och kontrollgrupperna. Före viktningen var den genomsnittliga (absoluta) standardiserade skillnaden 8–9, medan motsvarande genomsnitt efter viktningen var mindre än 0,1. Den största skillnaden för någon enskild variabel minskade från 44 till 0,6. Dessa värden kan jämföras med att en standardiserad skillnad över 20 tidigare har bedömts som ”betydande” (Rosenbaum och Rubin, 1985) och en skillnad mindre än 10 som ”liten” (Normand m.fl., 2001). I ljuset av detta kan skillnaderna mellan studie- och kontrollgrupperna i genomsnitt anses vara ganska liten redan innan viktningen – även om det fanns några enskilda variabler som uppvisade större skillnader – medan skillnaderna efter viktningen kan ses som minimala.

3 Resultat

3.1 Alkoholrelaterad sjuklighet

Tabell 4 och Tabell 5 visar de skattade relativa och absoluta riskerna (RR och RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI) som mått på effekten av en uppsägning på risken att behandlas i slutenvård med en alkoholdiagnos (och för

vardera av de tre grupperna av alkoholdiagnoser: alkoholförgiftning, alkoholproblem, och alkoholorsakad leversjukdom eller pankreatit) under uppföljningsperioder på 1, 2, 3, 4, 8, och 12 år.

Tabell 4. Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att vårdas i slutenvård med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) för män, under uppföljningsperioder på 1,2,3,4,8 och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Diagnos	År	Slutenvårds- tillfällen ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	1	1 523/1 264	1,21	(1,14–1,27)	0,137	(0,095–0,178)
	2	2 043/1 724	1,19	(1,13–1,24)	0,168	(0,120–0,216)
	3	2 535/2 147	1,18	(1,13–1,23)	0,204	(0,151–0,258)
	4	2 998/2 548	1,18	(1,13–1,22)	0,237	(0,179–0,296)
	8	4 593/4 024	1,14	(1,11–1,18)	0,300	(0,228–0,372)
	12	6 239/5 537	1,13	(1,10–1,16)	0,370	(0,287–0,453)
Alkoholförgiftning	1	58/38	1,51	(1,15–1,98)	0,010	(0,002–0,018)
	2	78/58	1,34	(1,07–1,70)	0,011	(0,001–0,020)
	3	94/77	1,23	(0,99–1,52)	0,009	(-0,001–0,019)
	4	119/94	1,26	(1,04–1,52)	0,013	(0,001–0,025)
	8	181/153	1,18	(1,02–1,38)	0,015	(0,000–0,029)
	12	269/232	1,16	(1,03–1,32)	0,020	(0,002–0,037)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	1	1 257/1 061	1,18	(1,12–1,26)	0,103	(0,065–0,141)
	2	1 691/1 439	1,17	(1,12–1,24)	0,133	(0,089–0,177)
	3	2 115/1 780	1,19	(1,14–1,24)	0,176	(0,127–0,225)
	4	2 482/2 104	1,18	(1,13–1,23)	0,199	(0,146–0,253)
	8	3 748/3 267	1,15	(1,11–1,19)	0,254	(0,189–0,319)
	12	5 036/4 413	1,14	(1,11–1,17)	0,328	(0,253–0,403)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	1	241/200	1,20	(1,05–1,37)	0,021	(0,005–0,038)
	2	333/293	1,14	(1,02–1,27)	0,021	(0,002–0,041)
	3	425/388	1,10	(0,99–1,21)	0,020	(-0,002–0,042)
	4	535/480	1,11	(1,02–1,22)	0,029	(0,004–0,054)
	8	960/886	1,08	(1,01–1,16)	0,039	(0,006–0,072)
	12	1 449/1 359	1,07	(1,01–1,12)	0,047	(0,007–0,088)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har behandlats i slutenvård för respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Dessa skattningar visar att uppsagda män under det första året löpte en 21 procent högre risk att läggas in på sjukhus med en alkoholdiagnos (RR: 1,21; 95 % KI: 1,14–1,27). Sett över hela den tolvåriga uppföljningsperioden så var risken 13 procent (RR: 1,13; 95 % KI: 1,10–1,16) högre för de uppsagda än för de icke-uppsagda männen. Med den längre uppföljningshorisonten är de

skattade relativa riskerna av samma storlek även för kvinnor, medan de med en kortare uppföljningsperiod är något mindre. Slutenvård med en alkoholdiagnos är dock något som drabbar relativt få och därmed är de absoluta riskerna eller riskdifferenserna små. Den tolvåriga riskdifferensen visar på en ökad risk för alkoholrelaterad slutenvård motsvarande 0,37 procentenheter (95 % KI: 0,28–0,45) för uppsagda män och 0,16 procentenheter (95 % KI: 0,09–0,22) för uppsagda kvinnor.

Tabell 5. Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att vårdas i slutenvård med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) för kvinnor, under uppföljningsperioder på 1,2,3,4,8 och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Diagnos	År	Slutenvårds- tillfällen ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	1	369/333	1,11	(1,00–1,23)	0,026	(-0,002–0,054)
	2	545/471	1,16	(1,06–1,26)	0,053	(0,019–0,086)
	3	696/604	1,15	(1,07–1,24)	0,065	(0,027–0,103)
	4	856/737	1,16	(1,08–1,24)	0,085	(0,043–0,127)
	8	1 418/1 278	1,11	(1,05–1,17)	0,100	(0,046–0,154)
	12	2 082/1 860	1,12	(1,07–1,17)	0,158	(0,093–0,224)
Alkoholförgiftning	1	22/27	0,82	(0,54–1,26)	-0,003	(-0,010–0,003)
	2	40/38	1,05	(0,76–1,44)	0,001	(-0,008–0,010)
	3	55/49	1,12	(0,85–1,48)	0,004	(-0,006–0,015)
	4	66/59	1,11	(0,87–1,43)	0,005	(-0,007–0,017)
	8	103/98	1,05	(0,86–1,28)	0,003	(-0,011–0,018)
	12	151/152	0,99	(0,84–1,17)	-0,001	(-0,019–0,017)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	1	277/241	1,15	(1,01–1,30)	0,025	(0,001–0,050)
	2	407/336	1,21	(1,09–1,34)	0,051	(0,021–0,080)
	3	513/426	1,20	(1,10–1,32)	0,062	(0,029–0,095)
	4	628/515	1,22	(1,12–1,32)	0,081	(0,045–0,117)
	8	1004/864	1,16	(1,09–1,24)	0,100	(0,055–0,146)
	12	1 441/1 229	1,17	(1,11–1,24)	0,151	(0,097–0,206)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	1	79/73	1,08	(0,86–1,36)	0,004	(-0,008–0,017)
	2	121/112	1,08	(0,90–1,30)	0,006	(-0,010–0,022)
	3	163/153	1,07	(0,91–1,25)	0,007	(-0,011–0,026)
	4	208/196	1,06	(0,92–1,22)	0,008	(-0,012–0,029)
	8	398/391	1,02	(0,92–1,12)	0,005	(-0,024–0,033)
	12	636/611	1,04	(0,96–1,13)	0,018	(-0,019–0,054)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har behandlats i slutenvård för respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Om vi går vidare till skattningarna för de tre undergrupperna av alkoholdiagnoser, noterar vi dels att för alkoholproblem är estimaten som väntat mycket lika de som presenterades ovan eftersom dessa diagnoser är de vanligast förekommande alkoholdiagnoserna och också oftast åtföljer varje annan alkoholdiagnos. Ett undantag är alkoholförgiftning som inte nödvändigtvis kräver vare sig ett alkoholberoende eller alkoholmissbruk. Uppsagda män tycks kort efter uppsägningen ha haft en relativt stor överrisk för alkoholförgiftning som resulterat i sjukhusinläggning (RR: 1,51; 95 % KI: 1,15–1,98), medan den sett över hela den tolvåriga uppföljningsperioden var betydligt lägre (RR: 1,16; 95 % KI: 1,03–1,32). För uppsagda kvinnor går det dock inte att finna någon motsvarande förhöjd risk.

För den tredje undergruppen av alkoholdiagnoser, bestående av leversjukdomar och pankreatit, varierade den relativa överrisken för uppsagda män mellan 7 procent (RR: 1,07; 95 % KI: 1,01–1,12) och 20 procent (RR: 1,22; 95 % KI: 1,05–1,37) beroende på längden på uppföljningsperioden. För uppsagda kvinnor var motsvarande risker mindre och inte heller statistiskt säkerställda.

3.2 Alkoholrelaterad dödlighet

Tabell 6 och Tabell 7 visar de skattade relativa och absoluta riskerna, med 95-procents konfidensintervall, som mått på effekten av en uppsägning på samma alkoholrelaterade sjukdomar/tillstånd som i föregående avsnitt, men nu istället som dödsorsaker. På grund av det låga antalet årliga dödsfall presenteras bara estimat för uppföljningsperioder om minst fyra år, d.v.s. uppföljningsperioder om 4, 8 och 12 år.

För uppsagda män, var den skattade alkoholrelaterade överdödligheten 10 procent (RR: 1,10; 95 % KI: 0,96–1,27) under de första fyra åren och bara marginellt högre (RR: 1,15; 95 % KI: 1,07–1,23) sett över hela den tolvåriga uppföljningsperioden. I absoluta termer motsvarade detta 0,010 (95 % KI: -0,005–0,026) respektive 0,061 procentenheters (95 % KI: 0,029–0,093) överdödlighet. För uppsagda kvinnor var den relativa överdödligheten större än för uppsagda män: under de första fyra åren var överdödligheten 41 procent (RR: 1,41; 95 % KI: 1,07–1,88) och för hela tolvårsperioden var den 24 procent (RR: 1,24; 95 % KI: 1,08–1,44). I absoluta termer däremot så var överdödligheten för uppsagda kvinnor endast omkring hälften av den för uppsagda män.

Trots att vi i föregående avsnitt, för uppsagda män, observerade en markant förhöjd risk för alkoholförgiftning som krävt behandling i slutenvård, så verkar alkoholförgiftning inte ha bidragit nämnvärt till någon överdödlighet vare sig bland uppsagda män eller uppsagda kvinnor. Uppsägningarna har inte heller lett till någon statistiskt säkerställd överdödlighet på kort sikt i alkoholorsakad

leversjukdom eller pankreatit. Trots att dödligheten i allmänhet är hög bland individer som utvecklar (åtminstone en del av) dessa sjukdomar, så var endast en liten del av den totala alkoholrelaterade överdödligheten kopplad till dessa. För uppsagda män var den skattade relativa överdödligheten i alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit relativt hög på kort sikt (RR: 1,57; 95 % KI: 0,99–2,50), men den var inte statistiskt säkerställd och den motsvarande absoluta överdödligheten var mycket mindre. Sett över hela den 12-åriga uppföljningsperioden så var den relativa överdödligheten i alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit något högre än den totala alkoholrelaterade överdödligheten och även statistiskt säkerställd (RR: 1,19; 95 % KI: 1,01–1,39). Bland kvinnorna, både de uppsagda och icke-uppsagda, avled endast ett fåtal i dessa sjukdomar och skillnaderna mellan de båda grupperna var av liten både praktisk och statistisk betydelse.

Tabell 6. Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att avlida med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) som dödsorsak för män, under uppföljningsperioder på 4, 8, och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Diagnos	År	Dödsfall ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	4	210/190	1.10	(0,96–1,27)	0,010	(-0,005–0,026)
	8	515/456	1.13	(1,03–1,24)	0,031	(0,007–0,055)
	12	901/785	1.15	(1,07–1,23)	0,061	(0,029–0,093)
Alkoholförgiftning	4	45/48	0.94	(0,70–1,28)	-0,001	(-0,009–0,006)
	8	107/95	1.12	(0,92–1,37)	0,006	(-0,005–0,017)
	12	167/151	1.11	(0,94–1,30)	0,008	(-0,006–0,022)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	4	168/153	1.10	(0,94–1,29)	0,008	(-0,006–0,022)
	8	419/371	1.13	(1,02–1,25)	0,025	(0,003–0,047)
	12	723/635	1.14	(1,05–1,23)	0,046	(0,017–0,075)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	4	20/13	1.57	(0,99–2,50)	0,004	(-0,001–0,009)
	8	69/61	1.12	(0,88–1,44)	0,004	(-0,005–0,013)
	12	164/138	1.19	(1,01–1,39)	0,014	(0,000–0,027)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har avlidit med en dödsorsak i respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Större delen av den alkoholrelaterade dödligheten tycks istället förklaras av en ökad risk för alkoholproblem som dödsorsak. Bland uppsagda män var den skattade överdödligheten relaterad till alkoholproblem 10 procent (RR: 1,10; 95 % KI: 0,94–1,29) på kort sikt, och marginellt högre (RR: 1,14; 95 % KI: 1,05–1,23) sett över hela perioden, medan motsvarande relativa överdödlighet

bland uppsagda kvinnor var 40 (RR: 1,40; 95 % KI: 0,98–2,01) respektive 22 procent (RR: 1,22; 95 % KI: 1,03–1,46).

Tabell 7. Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att avlida med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) som dödsorsak för kvinnor, under uppföljningsperioder på 4,8, och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Diagnos	År	Dödsfall ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	4	54/38	1,41	(1,07–1,88)	0,011	(0,001–0,022)
	8	121/94	1,28	(1,06–1,54)	0,019	(0,003–0,035)
	12	202/162	1,24	(1,08–1,44)	0,028	(0,008–0,049)
Alkoholförgiftning	4	20/16	1,24	(0,79–1,95)	0,003	(-0,004–0,009)
	8	35/32	1,10	(0,78–1,56)	0,002	(-0,006–0,011)
	12	53/47	1,13	(0,86–1,50)	0,004	(-0,006–0,015)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	4	34/24	1,40	(0,98–2,01)	0,007	(-0,002–0,015)
	8	81/64	1,28	(1,01–1,60)	0,012	(-0,001–0,025)
	12	137/112	1,22	(1,03–1,46)	0,018	(0,001–0,035)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	4	4/4	1,13	(0,32–4,07)	0,000	(-0,003–0,004)
	8	18/17	1,05	(0,64–1,71)	0,001	(-0,006–0,007)
	12	40/39	1,03	(0,75–1,42)	0,001	(-0,008–0,010)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har avlidit med en dödsorsak i respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

3.3 Känslighetsanalys

Att nedlägningsstudier är befriade från selektionsproblem kan ifrågasättas i och med att arbetstagarna under en längre tid i förväg kan ha vetskap om den förestående nedläggningen och att de med bättre förutsättningar att få ett nytt jobb därmed kan komma att lämna för en ny anställning redan innan arbetsplatsen faktiskt läggs ned. Nedläggningen kan också föregås av en period av nedskärningar under vilken det är möjligt att arbetsgivaren försöker att göra sig av med de minst produktiva arbetstagarna. Det finns därmed två olika selektionsmekanismer som verkar i motsatta riktningar. Oavsett vilken mekanism som dominerar så innebär det att de som fortfarande är anställda vid tidpunkten för nedläggningen inte ger en representativ bild av den ursprungliga personalstyrkan.

I den här studien definierades de uppsagda arbetstagarna som de som var anställda i november på ett arbetsställe som lades ned inom de närmaste 12 månaderna. För vissa arbetsplatser kan denna period varit alltför kort för att fånga samtliga som lämnade aningen i samband med en nedskärning eller för

att de förutsåg den kommande nedläggningen. Som en känslighetsanalys har därför urvalet av uppsagda arbetstagare omdefinierats genom att urvalsperioden förlängdes från 12 till 24 månader. En nedläggning definierades därmed som en minskning av personalstyrkan med mer än 90 procent mellan november ett år och november två år senare.¹⁰

Resultaten från denna känslighetsanalys presenteras i Tabell A1–Tabell A4. Överlag, men dock inte genomgående, är de skattade riskerna något mindre än i den tidigare analysen. En skillnad särskilt värd att nämna är att den kraftigt förhöjda risken att behöva sjukhusvård för alkoholförgiftning under de två första åren inte längre är statistisk säkerställd.

I en andra känslighetsanalys har urvalet av arbetsställen begränsats till dem med minst 50 anställda istället för 10 som i den tidigare analysen. Ett underliggande antagande i nedläggningsstudier är att de anställda inte själva kan påverka sannolikheten att arbetsstället läggs ned. Man kan anta att detta antagande är mer rimligt för större arbetsplatser än för mindre och det är inte säkert att den tidigare begränsningen till 10 anställda var tillräcklig.

Resultaten från denna känslighetsanalys presenteras i Tabell A5–Tabell A8. Den höjda tröskeln hade viss påverkan på punktskattningarna, men inte genomgående i samma riktning. I och med att många arbetsställen är små innebär den höjda restriktionen dock att mer än hälften av de uppsagda exkluderades från analysen, vilket resulterade i mindre precisa skattningar och följaktligen också fler punktskattningar som inte längre var statistiskt säkerställda. Även den här känslighetsanalysen sätter vissa frågetecken kring den kraftigt förhöjda risken att behöva sjukhusvård för alkoholförgiftning under de två första åren som återfanns i avsnitt 3.1.

4 Diskussion och slutsatser

Den här studien har visat att personer som blir uppsagda riskerar en högre grad av alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet. Utifrån alkoholens positiva inkomstelasticitet tillsammans med de inkomstförluster som många uppsagda drabbas av skulle en uppsägning förväntas resultera i en lägre alkoholkonsumtion. Emellertid så har dessa inkomstförluster visats sig vara tämligen begränsade i de nordiska länderna (Eliason, 2011; Huttunen m.fl., 2011). Förlusten av ett arbete kan inte heller ses enbart i monetära termer. Åtminstone för vissa innebär en uppsägning en livshändelse som skapar stress, påverkar dagliga rutiner, relationer, sociala roller, och ens självuppfattning. Dessutom

¹⁰ För att inte inkludera samma nedläggningar två gånger under två påföljande år krävdes det att minskningen av antalet anställda under det första året i tvåårsperioden var mindre än 90 procent.

kan det komma att innebära att mer tid finns tillgänglig för konsumtion av alkohol och även att den sociala kontroll som är förknippad med ett jobb går förlorad.

Resultaten från den här studien är i linje med dem i ett par tidigare studier (Browning och Heinesen, 2012; Eliason och Storrie, 2009a,b) även om de skattade effekterna, åtminstone de kortsiktiga, är något mindre i den här studien. En möjlig förklaring till de mindre effekter som observerats här kan vara de ogynnsamma förhållandena på arbetsmarknaden vid tidpunkten för uppsägningarna. Sverige kan under den här perioden karaktäriseras av massuppsägningar och en skenande arbetslöshet under vad som kom att bli den värsta konjunkturedgången sedan 1930-talet. Trots att lågkonjunkturen försämrade utsikterna till ny anställning för dem som sades upp, är det troligt att den stigmatisering som är förknippad med arbetslöshet var mindre och även att de som utgjorde kontrollgruppen hade en högre risk att också de bli arbetslösa under den här perioden.

Många av de tidigare empiriska studierna av effekterna av uppsägningar eller arbetslöshet på hälsa eller hälsobeteende har inte gett några svar på huruvida män och kvinnor drabbas lika. Ändå har kvinnor av flera skäl antagits vara mindre benägna att påverkas negativt av uppsägningar och bättre rustade att hantera arbetslöshet: kvinnor har större möjligheter att växla mellan olika givande sociala roller, d.v.s. från arbetande kvinna till hemmafru (Hammarström m.fl., 2011); arbetslöshet undergräver mäns, men inte kvinnors, traditionella familjeroll (Helgeson, 2010); kvinnor har en svagare arbetskraftsförankring och mindre av deras identitet är knuten till arbetsrollen (Brand m.fl., 2008). Dock kan resultaten från några svenska och amerikanska studier (Brand m.fl., 2008; Eliason och Storrie, 2009b; Hammarström m.fl., 2011) ifrågasätta huruvida dessa förklaringar kan generaliseras till länder som Sverige och USA med ett högt arbetskraftsdeltagande bland kvinnor och där den traditionella familjemodellen med mannen som ensam försörjare inte längre är den dominerande. Det ska också påpekas att även om män och kvinnor skulle uppleva en uppsägning och efterföljande arbetslöshet på likartat sätt, så behöver inte det nödvändigtvis innebära att de drabbas av samma grad av alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet. I allmänhet konsumerar män mer alkohol än kvinnor, även om detta konsumtionsgap har minskat över tid (Holmila och Raitasalo, 2005). Män har också i allmänhet visat sig vara mer benägna att använda alkohol som ett sätt att hantera stress (Nolen-Hoeksema och Harrell, 2002; Park och Levenson, 2002).¹¹ Det studerade utfallet i den här studien var dock inte

¹¹ För alkoholister däremot tycks situationen vara den omvända (Olenick m.fl., 1991; Rubonis m.fl., 1994).

alkoholkonsumtion i sig utan dess negativa hälsokonsekvenser och även om kvinnor generellt dricker mindre alkohol än män så har kvinnor en högre alkoholkänslighet vilket innebär att ett risk- eller missbruk för kvinnor inte kräver samma nivå av alkoholintag och också fortare resulterar i hälsoproblem (Hernandez-Avila m.fl., 2004; Müller, 2006). Ändå är kvinnor på grund av en större, åtminstone upplevd, social stigmatisering av missbrukande kvinnor, än av missbrukande män, mindre benägna att söka vård än vad män är (Greenfield m.fl., 2007).

Baserat på resultaten från den här studien så tycks effekterna av uppsägningar på total alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet vara av liknande relativ storlek både för män och för kvinnor. I absoluta termer så drabbades dock fler män. För kvinnor tycks de alkoholrelaterade hälsoproblemen efter en uppsägning vara begränsade till alkoholproblem (d.v.s. alkoholberoende, risk- och missbruk av alkohol, eller alkoholpsykos), medan uppsagda män hade en ökad risk även för alkoholförgiftning och till viss del även alkoholrelaterad leversjukdom och pankreatit. De uppsagda männen löpte en omedelbart förhöjd risk att drabbas av leversjukdomar och pankreatit som krävde sjukhusvård trots att de flesta av dessa sjukdomar endast uppkommer efter många år av risk- eller missbruk. Detta kan tyda på att uppsägningen förvärrade situationen för dem som redan hade långt gångna alkoholproblem, vilket skulle vara en förklaring analog med den till varför en ökad aggregerad alkoholkonsumtion även på kort sikt åtföljs av en ökad aggregerad dödlighet i levercirros (Norström och Skog, 2001). En annan möjlig förklaring är att studie- och kontrollgruppen – även efter att ha kontrollerat för skillnader i egenskaper och riskfaktorer – hade olika dryckesvanor redan före uppsägningen.

Jämfört med tidigare studier har den här studien ett antal styrkor – främst är dessa relaterade till de administrativa register som täcker hela Sveriges befolkning – men det finns också vissa begränsningar som bör nämnas. För det första är administrativa register också förknippade med vissa nackdelar, såsom bristen på bakgrundsinformation rörande individers alkoholvanor och även samsjuklighet av sådant slag att den inte kräver sjukhusvård (t.ex. lindriga eller måttliga depressions- eller ångestsjukdomar).

För det andra, genom att begränsa analysen till sjukdomar och tillstånd som helt kan tillskrivas alkohol, så fångas förstås inte den totala hälsoeffekten av ett förändrat alkoholanvändande upp. Om också sjukdomar som endast indirekt kan hänföras till alkohol (t.ex. mag- och levercancer, hypertoni/sjukdomar och stroke) hade inkluderats hade det istället kunnat ifrågasättas i vilken utsträckning alkohol var den orsakande faktorn i de specifika fall som studerades.

För det tredje har det konstaterats att dödsbevis inte i tillräcklig utsträckning innehåller information om alkoholens roll i dödsfallet (Ågren och Jakobsson, 1987). Dock verkar det som om man i de nordiska länderna är mer benägen än i många andra länder att rapportera sjukdomar och tillstånd som helt och hållet kan hänföras till alkohol (Ramstedt, 2002), vilket skulle innebära att potentiell underrapportering är mindre av ett problem här. Att använda informationen om samtliga diagnoser och dödsorsaker – inte bara huvuddiagnosen och den underliggande dödsorsaken – borde också ha gett ett mer heltäckande mått (Herttua m.fl., 2007; Mäkelä, 1999).

För det fjärde, i alla observationsstudier av det här slaget är en oundviklig fråga i vilken utsträckning de skattade sambanden speglar en ”kausal effekt” eller en ”selektionseffekt”. Givet fokuset på uppsägningar i samband med arbetsplatsnedläggningar och bakgrundsinformation om olika kända riskfaktorer, inklusive tidigare alkoholrelaterad slutenvård, borde den här studien åtminstone närma sig det kausala orsakssambandet. Men till syvende och sist är den kausala tolkningen avhängigt ett antagande som inte går att testa: att betingat på observerade bakgrundskaraktistika kan uppsägningarna i samband med arbetsplatsnedläggningar anses vara slumpmässigt fördelade.

En sista synpunkt rör tolkningen av resultaten. Att uppsägningar i samband med arbetsplatsnedläggningar kan antas sakna samband med arbetstagarnas egenskaper och beteende innebär inte bara att forskaren ges en möjlighet att studera ett ”kvasi-experiment”, sådana uppsägningar signalerar också i mindre utsträckning låg produktivitet jämfört med uppsägningar av andra orsaker som eventuellt är mer selektiva (Gibbons och Katz, 1991). De uppsagda kan därför antas vara mindre benägna att klandra sig själva (Brand m.fl., 2008) och det är därmed också troligt att uppsägningar i samband med arbetsplatsnedläggningar har en mindre negativ psykologisk effekt än individuella uppsägningar (Brand m.fl., 2008; Eliason och Storrie, 2010). I och med detta bör skattningar av dess effekter betraktas som konservativa skattningar av effekterna av uppsägningar i allmänhet. Dessutom bör det noteras att i den här studien så jämfördes inte situationen att bli uppsagd (i samband med en arbetsplatsnedläggning) med att aldrig bli uppsagd utan snarare med att inte bli uppsagd (i samband med en arbetsplatsnedläggning) nu men möjligen i framtiden. Om många av de ”icke-uppsagda” i kontrollgruppen faktiskt blev uppsagda framgent riskerar således den skattade effekten att bli något urvattnad.

Avslutningsvis kan man konstatera att för de drabbade kan både en uppsägning och arbetslöshet i sig vara stigmatiserande (Furåker och Blomsterberg, 2003) och likaså kan alkoholproblem, beroende på dess omfattning och uttryck, också vara stigmatiserande (Abraham m.fl., 2013). Således kan den mindre

andel personer som använder alkohol som ett sätt att hantera sin situation efter en uppsägning lida av ett dubbelt stigma och i förlängningen en ökad risk för alkoholrelaterade sjukdomar och tillstånd.

Referenser

- Abraham, A.J., B.E. Bride, och P.M. Roman (2013), "Public Attitudes toward Persons with Alcohol Use Disorders (AUDs): The Role of Social Contact and Treatment-Seeking Behavior", *Sociological Focus*, 46(4): 267-280.
- Ayer, L.A., V.S. Harder, G.L. Rose, och J.E. Helzer (2011), "Drinking and stress: An examination of sex and stressor differences using IVR-based daily data", *Drug and Alcohol Dependence*, 115: 205-212.
- Baldwin, M.L., S.C. Marcus och J. De Simone (2010), "Job loss discrimination and former substance use disorders", *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2): 1-7.
- Balsa, A.I., och M.T. French (2010), "Alcohol Use and the Labor Market in Uruguay", *Health Economics*, 19(7): 833-854.
- Bartley, M., och J. Ferrie (2001), "Glossary: Unemployment, job insecurity, and health", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(11): 776-781.
- Bolton, K.L., och E. Rodriguez (2009), "Smoking, drinking and body weight after re-employment: does unemployment experience and compensation make a difference?", *BMC Public Health*, 9(77).
- Brand, J.E., B.R. Levy, och W.T. Gallo (2008), "Effects of layoffs and plant closings on depression among older workers", *Research on Aging*, 30(6): 701-721.
- Browning, M., och E. Heinesen (2012), "Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization", *Journal of Health Economics*, 31(4): 599-616.
- CAN - The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (2012), *Drug Trends in Sweden 2011*, CAN Report 130, Stockholm.
- Catalano, R., D. Dooley, G. Wilson, och R. Hough (1993), "Job loss and alcohol abuse: A test using data from the Epidemiologic Catchment Area Project", *Journal of Health and Social Behavior*, 34(3): 215-225.
- Charles, K.K., och M. Jr Stephens (2004), "Job displacement, disability, and divorce", *Journal of Labor Economics*, 22(2): 489-522.
- Coelli, M.B. (2011), "Parental job loss and the education enrolment of youth", *Labour Economics*, 18(11): 25-35.

- Deb, P., W.T. Gallo, P. Ayyagari, J.M. Fletcher, och J.L. Sindelar (2011), "The effect of job loss on overweight and drinking", *Journal of Health Economics*, 30(2): 317–327.
- Del Bono, E., A. Weber, och R. Winter-Ebmer (2012), "Clash of career and family: fertility decisions after job displacement", *Journal of European Economic Association*, 10(4): 659–683.
- Eliason, M. (2011), "Income after job loss—the role of the family and the welfare state", *Applied Economics*, 43(5): 603–618.
- Eliason, M. (2012), "Lost jobs, broken marriages", *Journal of Population Economics*, 25(4): 1365–1397.
- Eliason, M., och D. Storrie (2006), "Lasting or latent scars? Swedish evidence on the long-term effects of job displacement", *Journal of Labor Economics*, 24(4): 831–856.
- Eliason, M., och D. Storrie (2009a), "Does job loss shorten life? ", *Journal of Human Resources*, 44(2): 277–302.
- Eliason, M., och D. Storrie (2009b), "Job loss is bad for your health—Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss", *Social Science and Medicine*, 68(8): 1396–1406.
- Eliason, M., och D. Storrie (2010), "Inpatient psychiatric hospitalization following involuntary job loss", *International Journal of Mental Health*, 39(2): 32–55.
- Eliason, M., P. Lundborg, och J. Vikström (2010), Massuppsägningar, arbetslöshet, och sjuklighet: En rapport om konsekvenser av 1990-talets friställningar för slutenvårdsutnyttjande och risk för förtida död, SOU 2010:102, Stockholm: Fritzes.
- Feng, W., W. Zhou, J.S. Butler, B.M. Booth, och M.T. French (2001), "The impact of problem drinking on employment", *Health Economics*, 10(6): 509-21.
- Furåker, B., och M. Blomsterberg (2003), "Attitudes towards the unemployed. An analysis of Swedish survey data", *International Journal of Social Welfare*, 12(3): 193–203.
- Gallo, W.T., E.H. Bradley, M. Siegel, och S.V. Kasl (2001), "The impact of involuntary job loss on subsequent alcohol consumption by older workers:

- findings from the health and retirement survey”, *The Journals of Gerontology: Series B*, 56(1): S3–S9.
- Garcy, A. M., and D. Vågerö (2012), ”The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: A six year mortality follow-up of the Swedish 1992–1996 recession”, *Social Science & Medicine*, 74(12): 1911–1920.
- Gibbons, R., and L.T. Katz (1991), ”Layoffs and Lemons”, *Journal of Labor Economics*, 9(4): 351–380.
- Giesbrecht, N., G. Markele, S. MacDonald (1982), ”The 1978-79 INCO Worker's Strike in the Sudbury Basin and Its Impact on Alcohol Consumption and Drinking Patterns”, *Journal of Public Health Policy*, 3(1): 22–28.
- Greenfield, S.F., A.J. Brooks, S.M. Gordon, C.A. Green, F. Kropp, R.K. McHugh, M. Lincoln, D. Hieng, och G.M. Miele (2007), ”Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature”, *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1): 1–21.
- Hammarström, A., P.E. Gustafsson, M. Strandh, P. Virtanen, U. Janlert (2011), ”It's no surprise! Men are not hit more than women by the health consequences of unemployment in the Northern Swedish Cohort”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(2): 187–193.
- Helgeson, V.S. (2010), ”Gender, Stress, and Coping”, *The Oxford Handbook of Stress*, 63–85.
- Hernandez-Avila, C.A., B.J. Rounsaville, och H.R. Kranzler (2004), ”Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment”, *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3): 265–72.
- Herttua, K., P. Mäkelä, och P. Martikainen (2007), ”Differential trends in alcohol-related mortality: a register-based follow-up study in Finland in 1987–2003”, *Alcohol and alcoholism*, 42(5): 456–464.
- Hijzen, A., R. Upward, och P.W. Wright (2010), ”The income losses of displaced workers”, *Journal of Human Resources*, 45(1): 243–269.
- Hirano, K., och G.W. Imbens (2001), ”Estimation of causal effects using propensity score weighting: an application to data on right heart catheterization”, *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 2(3–4): 259–278.

- Holmila, M., och K. Raitasalo (2005), "Gender differences in drinking: why do they still exist? ", *Addiction*, 100(12): 1763–1769.
- Huttunen, K., J. Moen, K.G. Salvanes (2011), "How destructive is creative destruction? Effects of job loss on job mobility, withdrawal and income", *Journal of the European Economic Association*, 9(5): 840–870.
- Huttunen, K., och J. Kellokumpu (2010), Effect of job displacement on couple's fertility decisions. NBER summer institute 2010, labor studies workshop, Cambridge, Massachusetts, July 26–30.
- Iversen, L., och H. Klausen (1986), "Alcohol consumption among laid-off workers before and after closure of a Danish ship-yard: a 2-year follow-up study", *Social Science and Medicine*, 22(1): 107–109.
- Keefe, V., P. Reid, C. Ormsby, B. Robson, G. Purdie, och J. Baxter (2002), "Serious health events following involuntary job loss in New Zealand meat processing workers", *International Journal of Epidemiology*, 31(6): 1155–1161.
- Keyes, K., M. Hatzenbuehler, och D. Hasin (2011), "Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors", *Psychopharmacology*, 218(1): 1–17.
- Kriegbaum, M., U. Christensen, M. Osler, och R. Lund (2010), Excessive drinking and history of unemployment and cohabitation in Danish men born in 1953, *European Journal of Public Health*, 21(4): 444–448.
- Kuhn, P.J. (2002), "Summary and synthesis", i P.J. Kuhn (Red.), *Losing work, moving on: International perspectives on worker displacement*, Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.
- Leino-Arjas, P., J. Liira, P. Mutanen, A. Malmivaara, och E. Matikainen (1999), "Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study", *BMJ*, 319(7210): 600–605.
- Leombruni, R., T. Razzolini, och F. Serti (2013), "The pecuniary and non-pecuniary costs of job displacement—The risky job of being back to work", *European Economic Review*, 61: 205–216.
- Lundin, A., M. Backhans, och T. Hemmingsson (2012), "Unemployment and Hospitalization Owing to an Alcohol-Related Diagnosis Among Middle-Aged Men in Sweden", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(4): 663–669.

- MacDonald, Z., och M.A. Shields (2004), "Does problem drinking affect employment? Evidence from England", *Health Economics*, 13(2): 139–155.
- Marcus, J. (2012), "Does job loss make you smoke and gain weight?", SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, 432.
- Marcus, J. (2013), "The effect of unemployment on the mental health of spouses – Evidence from plant closures in Germany", *Journal of Health Economics*, 32(3): 546–558.
- Mossakowski, K.N. (2008), "Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking?", *Social Science & Medicine*, 67(6): 947–955.
- Mullahy, J., och J. Sindelar (1996), "Employment, unemployment, and problem drinking", *Journal of Health Economics*, 15(4): 409–34.
- Müller, C. (2006), Liver, Alcohol and Gender, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156(19): 523–526.
- Mäkelä, P. (1999), "Alcohol-related mortality during an economic boom and recession", *Contemporary Drug Problems*, 26(Fall): 369–390.
- Nolen-Hoeksema, S., och Z.A.T. Harrell (2002), "Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4): 391–404.
- Normand, S-L.T., M.B. Landrum, E. Guadagnoli, J.Z. Ayanian, T.J. Ryan, P.D. Cleary, och B.J. McNeil (2001), "Validating recommendations for coronary angiography following acute myocardial infarction in the elderly: A matched analysis using propensity scores", *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(4): 387–398.
- Norström, T., och O.J. Skog (2001), "Alcohol and mortality: methodological and analytical issues in aggregate analyses", *Addiction*, 96(1s1): 5–17.
- Olenick, N.L., och D.K. Chalmers (1991), "Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics", *Journal of Studies on Alcohol*, 52(4): 325–330.
- Oreopoulos, P., M. Page, och A.H. Stevens (2008), "The intergenerational effects of worker displacement", *Journal of Labor Economics*, 26(3): 455–483.

- Park, C.L., och M.R. Levenson (2002), "Drinking to cope among college students: Prevalence, problems and coping processes", *Journal of Studies on Alcohol*, 63(4): 486–497.
- Ramstedt, M. (2002), "Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period", *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*, 18(4) : 307–323.
- Rege, M., K. Telle, och M. Votruba (2007), Plant closure and marital dissolution, Discussion papers no. 514, Statistics Norway.
- Rege, M., T. Skardhamar, K. Telle, och M. Votruba (2009), The effect of plant closure on crime, Discussion papers no. 593, Statistics Norway.
- Rosenbaum, P.R., och D.B Rubin (1985), "Constructing a control group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity score", *American Statistician*, 39(1): 33–38.
- Rubonis, A.V., S.M. Colby, P.M. Monti, D.J. Rohsenow, S.B. Gulliver, och A.D. Sirota (1994), "Alcohol cue reactivity and mood induction in male and female alcoholics", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 55(4): 487.
- San José, B., H.A.M. van Oers, H.D. van de Mheen, H.F.L. Garretsen, och J.P. Mackenbach (2000), "Stressors and alcohol consumption", *Alcohol and Alcoholism*, 35: 307–312.
- Schmieder, J.F., von Wachter, T., Bender, S. (2010), "The long-term impact of job displacement in Germany during the 1982 recession on earnings, income, and employment", IAB Discussion paper 201001, Institute for Employment Research, Nuremberg, Germany.
- Statistics Sweden. (2005), Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (rams), mimeo.
- Terza, J.V. (2002), "Alcohol abuse and employment: A second look", *Journal of Applied Econometrics*, 17(4): 393–404.
- Virtanen, P., J. Vahtera, U. Broms, L. Sillanmäki, M. Kivimäki, och M. Koskenvuo (2008), "Employment trajectory as determinant of change in health-related lifestyle: the prospective HeSSup study", *The European Journal of Public Health*, 18(5): 504–508.
- Zagozdzon, P., L. Zaborski, och J. Ejsmont (2009), "Survival and cause-specific mortality among unemployed individuals in Poland during economic transition", *Journal of Public Health*, 31(1): 138–146.

Ågren, G., och S.W. Jakobsson (1987), "Validation of diagnoses on death certificates for male alcoholics in Stockholm", *Forensic Science International*, 33(4): 231–241.

Appendix

Tabell A1. Känslighetsanalys 1: Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att vårdas i slutenvård med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) för kvinnor, under uppföljningsperioder på 1,2,3,4,8 och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Diagnos	År	Slutenvårds- tillfällen ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	1	2 002/1 729	1,16	(1,11–1,21)	0,103	(0,068–0,137)
	2	2 730/2 358	1,16	(1,11–1,20)	0,140	(0,099–0,180)
	3	3 399/2 944	1,15	(1,11–1,20)	0,171	(0,126–0,216)
	4	4 020/3 498	1,15	(1,11–1,19)	0,196	(0,147–0,245)
	8	6 260/5 548	1,13	(1,10–1,16)	0,267	(0,207–0,328)
	12	8 565/7 667	1,12	(1,09–1,14)	0,337	(0,267–0,408)
Alkoholförgiftning	1	61/52	1,17	(0,90–1,53)	0,003	(-0,003–0,009)
	2	93/79	1,18	(0,95–1,46)	0,005	(-0,002–0,013)
	3	124/105	1,19	(0,98–1,43)	0,007	(-0,001–0,016)
	4	155/129	1,20	(1,01–1,42)	0,010	(0,000–0,019)
	8	240/210	1,14	(1,00–1,31)	0,011	(-0,001–0,023)
	12	365/322	1,13	(1,02–1,26)	0,016	(0,002–0,031)
Alkoholproblem (beroende, risk- / missbruk, psykos)	1	1 693/1 451	1,17	(1,11–1,23)	0,091	(0,059–0,123)
	2	2 293/1 967	1,17	(1,12–1,22)	0,123	(0,086–0,160)
	3	2 840/2 436	1,17	(1,12–1,21)	0,152	(0,111–0,193)
	4	3 325/2 880	1,15	(1,11–1,20)	0,167	(0,123–0,212)
	8	5 142/4 488	1,15	(1,11–1,18)	0,246	(0,191–0,301)
	12	6 944/6 089	1,14	(1,11–1,17)	0,321	(0,258–0,385)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	1	292/274	1,07	(0,94–1,20)	0,007	(-0,006–0,020)
	2	434/401	1,08	(0,98–1,20)	0,012	(-0,004–0,028)
	3	572/534	1,07	(0,98–1,17)	0,014	(-0,004–0,033)
	4	732/665	1,10	(1,02–1,19)	0,025	(0,004–0,046)
	8	1 288/1 233	1,04	(0,99–1,11)	0,021	(-0,007–0,048)
	12	1 979/1 896	1,04	(1,00–1,09)	0,031	(-0,003–0,065)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har behandlats i slutenvård för respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Tabell A2. Känslighetsanalys 1: Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att vårdas i slutenvård med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) för kvinnor, under uppföljningsperioder på 1,2,3,4,8, och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Diagnos	År	Slutenvårds- tillfällen ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	1	544/466	1,17	(1,07–1,28)	0,039	(0,016–0,063)
	2	769/662	1,16	(1,08–1,25)	0,054	(0,026–0,082)
	3	970/850	1,14	(1,07–1,22)	0,060	(0,029–0,092)
	4	1 187/1 039	1,14	(1,08–1,21)	0,074	(0,039–0,109)
	8	2 035/1 806	1,13	(1,08–1,18)	0,115	(0,069–0,161)
	12	2 969/2 635	1,13	(1,09–1,17)	0,168	(0,113–0,223)
Alkoholförgiftning	1	39/37	1,06	(0,77–1,47)	0,001	(-0,005–0,007)
	2	54/53	1,01	(0,77–1,33)	0,000	(-0,007–0,008)
	3	69/68	1,01	(0,79–1,29)	0,000	(-0,008–0,009)
	4	83/83	1,00	(0,80–1,25)	0,000	(-0,009–0,009)
	8	142/138	1,03	(0,87–1,22)	0,002	(-0,010–0,014)
	12	216/215	1,01	(0,88–1,15)	0,001	(-0,014–0,016)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	1	403/335	1,20	(1,09–1,33)	0,034	(0,014–0,055)
	2	569/469	1,21	(1,11–1,32)	0,051	(0,026–0,075)
	3	709/595	1,19	(1,10–1,29)	0,057	(0,030–0,085)
	4	862/720	1,20	(1,12–1,28)	0,071	(0,042–0,101)
	8	1 428/1 214	1,18	(1,11–1,24)	0,108	(0,069–0,146)
	12	2 061/1 734	1,19	(1,14–1,24)	0,165	(0,119–0,211)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	1	117/105	1,11	(0,92–1,34)	0,006	(-0,005–0,017)
	2	174/162	1,08	(0,92–1,26)	0,006	(-0,007–0,020)
	3	230/221	1,04	(0,91–1,19)	0,005	(-0,011–0,020)
	4	291/282	1,03	(0,92–1,16)	0,005	(-0,013–0,022)
	8	573/560	1,02	(0,94–1,11)	0,007	(-0,018–0,031)
	12	905/874	1,04	(0,97–1,11)	0,016	(-0,015–0,046)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har behandlats i slutenvård för respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s., de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Tabell A3. Känslighetsanalys 1: Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att avlida med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) som dödsorsak för män, under uppföljningsperioder på 4,8 och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Dödsorsak	År	Dödsfall ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	4	301/261	1,15	(1,02–1,30)	0,015	(0,002–0,028)
	8	743/629	1,18	(1,09–1,27)	0,043	(0,022–0,064)
	12	1 250/1 084	1,15	(1,09–1,22)	0,062	(0,035–0,090)
Alkoholförgiftning	4	59/66	0,89	(0,68–1,17)	-0,003	(-0,009–0,003)
	8	140/131	1,07	(0,90–1,27)	0,003	(-0,006–0,013)
	12	227/208	1,09	(0,95–1,25)	0,007	(-0,004–0,019)
Alkoholproblem (beroende, risk- / missbruk, psykos)	4	246/209	1,18	(1,03–1,35)	0,014	(0,002–0,026)
	8	600/511	1,17	(1,08–1,28)	0,033	(0,014–0,052)
	12	1 003/875	1,15	(1,07–1,22)	0,048	(0,024–0,072)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	4	27/18	1,47	(0,98–2,21)	0,003	(-0,001–0,007)
	8	114/87	1,32	(1,08–1,60)	0,010	(0,002–0,018)
	12	235/196	1,20	(1,05–1,38)	0,015	(0,003–0,027)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har avlidit med en dödsorsak i respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Tabell A4. Känslighetsanalys 1: Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att avlida med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) som dödsorsak för kvinnor, under uppföljningsperioder på 4,8 och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Dödsorsak	År	Dödsfall ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	4	68/54	1,25	(0,98–1,61)	0,007	(-0,001–0,015)
	8	158/135	1,17	(1,00–1,38)	0,012	(-0,001–0,024)
	12	271/231	1,17	(1,04–1,33)	0,020	(0,003–0,037)
Alkoholförgiftning	4	29/23	1,26	(0,86–1,85)	0,003	(-0,002–0,009)
	8	48/46	1,05	(0,79–1,41)	0,001	(-0,006–0,008)
	12	68/67	1,01	(0,79–1,29)	0,000	(-0,008–0,009)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	4	44/34	1,29	(0,94–1,75)	0,005	(-0,002–0,012)
	8	107/90	1,19	(0,97–1,45)	0,009	(-0,002–0,019)
	12	191/158	1,21	(1,04–1,40)	0,017	(0,003–0,031)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	4	4/5	0,79	(0,28–2,20)	-0,001	(-0,003–0,002)
	8	30/25	1,22	(0,84–1,77)	0,003	(-0,003–0,008)
	12	62/56	1,11	(0,86–1,43)	0,003	(-0,005–0,011)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har avlidit med en dödsorsak i respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Tabell A5. Känslighetsanalys 2: Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att vårdas i slutenvård med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) för män, under uppföljningsperioder på 1,2,3,4,8 och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Diagnos	År	Slutenvårds- tillfällen ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	1	648/517	1,25	(1,15–1,36)	0,179	(0,108–0,250)
	2	845/699	1,21	(1,13–1,30)	0,201	(0,120–0,282)
	3	1 024/862	1,19	(1,11–1,27)	0,222	(0,133–0,312)
	4	1 200/1 018	1,18	(1,11–1,25)	0,249	(0,153–0,346)
	8	1 819/1 586	1,15	(1,09–1,20)	0,320	(0,202–0,438)
	12	2 462/2 166	1,14	(1,09–1,18)	0,406	(0,269–0,543)
Alkoholförgiftning	1	16/15	1,10	(0,66–1,85)	0,002	(-0,009–0,013)
	2	24/21	1,13	(0,74–1,72)	0,004	(-0,010–0,018)
	3	28/28	1,01	(0,69–1,48)	0,000	(-0,015–0,015)
	4	32/34	0,95	(0,66–1,36)	-0,003	(-0,018–0,013)
	8	53/55	0,96	(0,72–1,27)	-0,003	(-0,024–0,017)
	12	85/84	1,01	(0,81–1,27)	0,002	(-0,024–0,027)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	1	543/435	1,25	(1,14–1,37)	0,148	(0,083–0,213)
	2	702/585	1,20	(1,11–1,30)	0,160	(0,086–0,235)
	3	859/715	1,20	(1,12–1,29)	0,197	(0,116–0,279)
	4	995/841	1,18	(1,11–1,26)	0,211	(0,123–0,299)
	8	1 469/1 288	1,14	(1,08–1,20)	0,249	(0,143–0,356)
	12	1 972/1 725	1,14	(1,09–1,20)	0,339	(0,216–0,462)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	1	106/82	1,29	(1,05–1,58)	0,033	(0,004–0,061)
	2	149/120	1,24	(1,04–1,47)	0,039	(0,005–0,073)
	3	182/159	1,14	(0,98–1,33)	0,031	(-0,006–0,069)
	4	226/197	1,15	(1,00–1,32)	0,040	(-0,002–0,082)
	8	410/358	1,15	(1,03–1,27)	0,071	(0,015–0,128)
	12	622/544	1,14	(1,05–1,24)	0,107	(0,038–0,177)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har behandlats i slutenvård för respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Tabell A6. Känslighetsanalys 2: Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att vårdas i slutenvård med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) för kvinnor, under uppföljningsperioder på 1,2,3,4,8 och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Diagnos	År	Slutenvårds- tillfällen ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	1	176/159	1,11	(0,95–1,29)	0,028	(-0,017–0,073)
	2	253/225	1,12	(0,99–1,28)	0,047	(-0,007–0,100)
	3	335/288	1,16	(1,04–1,30)	0,079	(0,017–0,140)
	4	405/351	1,15	(1,04–1,28)	0,089	(0,022–0,157)
	8	649/608	1,07	(0,98–1,16)	0,068	(-0,018–0,154)
	12	948/874	1,09	(1,02–1,16)	0,123	(0,020–0,227)
Alkoholförgiftning	1	12/11	1,07	(0,60–1,93)	0,001	(-0,010–0,013)
	2	19/16	1,17	(0,73–1,86)	0,004	(-0,010–0,019)
	3	27/21	1,28	(0,87–1,90)	0,010	(-0,007–0,027)
	4	31/26	1,21	(0,84–1,75)	0,009	(-0,010–0,028)
	8	44/44	1,00	(0,74–1,36)	0,000	(-0,022–0,022)
	12	60/67	0,90	(0,69–1,16)	-0,011	(-0,038–0,015)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	1	132/119	1,11	(0,93–1,33)	0,022	(-0,017–0,061)
	2	190/165	1,15	(0,99–1,34)	0,042	(-0,005–0,089)
	3	250/208	1,20	(1,05–1,37)	0,070	(0,016–0,123)
	4	300/251	1,20	(1,06–1,35)	0,082	(0,023–0,140)
	8	469/418	1,12	(1,02–1,24)	0,085	(0,012–0,158)
	12	661/587	1,13	(1,04–1,22)	0,123	(0,036–0,209)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	1	37/33	1,12	(0,79–1,57)	0,006	(-0,014–0,027)
	2	54/51	1,06	(0,80–1,40)	0,005	(-0,020–0,030)
	3	72/70	1,03	(0,81–1,31)	0,004	(-0,025–0,033)
	4	90/90	1,00	(0,80–1,24)	-0,001	(-0,033–0,032)
	8	167/183	0,91	(0,78–1,07)	-0,027	(-0,071–0,017)
	12	281/283	0,99	(0,88–1,12)	-0,004	(-0,060–0,053)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har behandlats i slutenvård för respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Tabell A7. Känslighetsanalys 2: Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att avlida med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) som dödsorsak för män, under uppföljningsperioder på 4, 8 och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Dödsorsak	År	Dödsfall ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	4	92/81	1,14	(0,92–1,41)	0,015	(-0,011–0,042)
	8	229/195	1,17	(1,02–1,35)	0,047	(0,004–0,089)
	12	397/332	1,20	(1,08–1,33)	0,089	(0,034–0,145)
Alkoholförgiftning	4	18/17	1,04	(0,64–1,67)	0,001	(-0,011–0,013)
	8	44/36	1,21	(0,89–1,65)	0,010	(-0,008–0,029)
	12	73/59	1,23	(0,96–1,57)	0,019	(-0,005–0,043)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	4	73/66	1,10	(0,87–1,40)	0,009	(-0,015–0,033)
	8	191/161	1,19	(1,02–1,38)	0,042	(0,003–0,081)
	12	324/269	1,21	(1,07–1,35)	0,076	(0,025–0,126)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	4	9/6	1,55	(0,76–3,17)	0,004	(-0,004–0,013)
	8	26/26	0,98	(0,65–1,49)	-0,001	(-0,015–0,014)
	12	70/61	1,16	(0,90–1,48)	0,013	(-0,011–0,037)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har avlidit med en dödsorsak i respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

Tabell A8. Känslighetsanalys 2: Det skattade sambandet mellan att bli uppsagd och att avlida med en alkoholdiagnos (totalt samt per grupp av alkoholdiagnoser) som dödsorsak för kvinnor, under uppföljningsperioder på 4,8 och 12 år, uttryckt i relativa risker (RR) och riskdifferenser (RD) med 95-procents konfidensintervall (95 % KI)

Dödsorsak	År	Dödsfall ^a	RR	95% KI	RD ^b	95% KI
Samtliga alkoholdiagnoser	4	28/21	1,35	(0,99–1,99)	0,012	(-0,006–0,030)
	8	59/51	1,16	(0,89–1,52)	0,014	(-0,012–0,040)
	12	101/84	1,20	(0,98–1,47)	0,028	(-0,006–0,061)
Alkoholförgiftning	4	10/8	1,22	(0,64–2,32)	0,003	(-0,008–0,014)
	8	13/16	0,79	(0,45–1,39)	-0,006	(-0,018–0,007)
	12	20/23	0,86	(0,55–1,34)	-0,006	(-0,021–0,010)
Alkoholproblem (beroende, risk-/missbruk, psykos)	4	18/13	1,34	(0,81–2,19)	0,007	(-0,007–0,022)
	8	43/35	1,24	(0,91–1,71)	0,014	(-0,008–0,036)
	12	73/59	1,24	(0,98–1,58)	0,024	(-0,005–0,052)
Alkoholorsakad leversjukdom och pankreatit	4	2/2	1,12	(0,26–4,76)	0,000	(-0,004–0,005)
	8	8/10	0,83	(0,40–1,72)	-0,003	(-0,013–0,007)
	12	23/20	1,13	(0,74–1,74)	0,004	(-0,012–0,021)

^a Antal uppsagda respektive icke-uppsagda i den viktade populationen som har avlidit med en dödsorsak i respektive diagnosgrupp.

^b Riskskillnaderna är uttryckta i procentenheter, d.v.s. de skattade koefficienterna är multiplicerade med 100.

IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

Rapporter

- 2013:19** Golsteyn Bart H.H., Hans Grönqvist och Lena Lindahl ”Tidspreferenser och långsiktiga utfall”
- 2013:20** Hensvik Lena och Oskar Nordström Skans ”Kontakter och ungdomars arbetsmarknadsinträde”
- 2013:21** Dahlberg Matz, Eva Mörk och Katarina Thorén ”Jobbtorg Stockholm – resultat från en enkätundersökning”
- 2013:22** Sibbmark Kristina ”Arbetsmarknadspolitisk översikt 2012”
- 2013:23** Hedlin Maria och Magnus Åberg ”Vara med i gänget?” – Yrkesocialisation och genus i två gymnasieprogram”
- 2013:24** Moudud Alam, Kenneth Carling och Ola Nääs ”Har kommunala sommarjobb under gymnasieåren en positiv effekt på arbetskariären senare i livet?”
- 2013:25** Lundin Andreas och Tomas Hemmingsson ”Prediktorer för arbetslöshet och förtidspension”
- 2013:26** Egebark Johan och Niklas Kaunitz ”Sänkta arbetsgivaravgifter för unga”
- 2014:1** Assadi Anahita ”En profilfråga: Hur använder arbetsförmedlare bedömningsstödet?”
- 2014:2** Eliason Marcus ”Uppsägningar och alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet”

Working papers

- 2013:19** Josephson Malin, Nina Karnehed, Erica Lindahl och Helena Persson “Intergenerational transmission of long-term sick leave”
- 2013:20** Wondratschek Verena, Karin Edmark och Markus Frölich ”The short- and long-term effects of school choice on student outcomes – evidence from a school choice reform in Sweden”
- 2013:21** Edmark Karin och Roger Gordon ”Taxes and the choice of organizational form by entrepreneurs in Sweden”
- 2013:22** Golsteyn Bart H.H., Hans Grönqvist och Lena Lindahl ”Time preferences and lifetime outcomes”
- 2013:23** Hensvik Lena och Oskar Nordström Skans “Networks and youth labor market entry”
- 2013:24** Moudud Alam, Kenneth Carling och Ola Nääs “The effect of summer jobs on post-schooling incomes”
- 2013:25** Lundin Andreas och Tomas Hemmingsson “Adolescent predictors of unemployment and disability pension across the life course – a longitudinal study of selection in 49 321 Swedish men”

- 2013:26** van den Berg Gerard J., Arne Uhlenborff and Joachim Wolff “Sanctions for young welfare recipients”
- 2013:27** Egebark Johan och Niklas Kaunitz “Do payroll tax cuts raise youth employment?”
- 2014:1** Vikström Johan “IPW estimation and related estimators for evaluation of active labor market policies in a dynamic setting”

Dissertation series

- 2013:1** Vikman Ulrika “Benefits or work? Social programs and labor supply”