



IFAU

Institutet för arbetsmarknads- och
utbildningspolitisk utvärdering

Vilka arbetssökande kudas som funktionshindrade av Arbetsförmedlingen?

**Nikolay Angelov
Marcus Eliason**

RAPPORT 2014:22

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.

Vilka arbetssökande kudas som funktionshindrade av Arbetsförmedlingen?¹

av

Nikolay Angelov² och Marcus Eliason³

2014-10-27

Sammanfattning

Sverige har en lång tradition av arbetsmarknadspolitiska åtgärder som är särskilt riktade mot arbetssökande med funktionsnedsättning – allt från arbets-hjälpmiddel till subventionerade anställningar – i syfte att stärka deras position på arbetsmarknaden. För att säkerställa att dessa program är begränsade till de mest behövande krävs en funktionshindersklassificering av Arbetsförmedlingen för att vara behörig. I den här studien har vi undersökt vilka faktorer som är förknippade med en sådan klassificering. I likhet med studier av förtidspension och självrapporterat funktionshinder finner vi ett positivt samband mellan stigande ålder, att vara man, olika mått på en sämre socioekonomisk position, och att bli kodad som funktionshindrad. Vi finner även ett positivt samband med samtliga mått på någon form av ohälsa, och dessutom mellan de olika funktionshinderskoderna (dvs. olika typer av funktionsnedsättning) och relaterade diagnosgrupper vid tidigare sjukhusvård. Slutligen kan vi konstatera att det över tid har blivit mer sannolikt att få en funktionshinderskod relaterad till psykiska eller socialmedicinska funktionsnedsättningar samt generella eller specifika inlärningssvårigheter.

¹ Rapporten är en svensk version av Angelov och Eliason (2014). Författarna tackar Pathric Hägglund, Per Johansson och seminariedeltagare på IFAU och ISF för värdefulla synpunkter.

² nikolay.angelov@ifau.uu.se

³ marcus.eliason@ifau.uu.se

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Bakgrund	5
2.1	Funktionsnedsättning, funktionshinder, arbetshandikapp, arbetsförmåga, och anställningsbarhet	5
2.2	Arbetsförmedlingens klassificering av funktionshinder	6
2.3	Arbetsförmedlingens incitament att ge en funktionshinderskod och de arbetssökandes incitament att få en	9
2.4	Relaterad litteratur	11
3	Data och metod	12
3.1	Vår studiepopulation	12
3.2	Beskrivande statistik	13
3.3	Statistisk metod	15
4	Resultat	16
5	Diskussion och slutsatser	21
	Referenser	24
	Bilaga	27

1 Inledning

I Sverige har nästan en miljon människor, eller en av sex, i åldern 16–64 år någon form av funktionsnedsättning. För nästan 60 procent av dessa medför funktionsnedsättningen också en nedsatt arbetsförmåga och av dem befinner sig bara hälften i arbetskraften, vilket kan jämföras med 78 procent av både dem utan funktionsnedsättning och dem med en funktionsnedsättning som inte medför en nedsatt arbetsförmåga. Arbetslösheten bland dem med en nedsatt arbetsförmåga är också dubbelt så hög som för andra (SCB, 2009). Således tycks personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga ha betydande svårigheter på arbetsmarknaden.

Sverige har också en lång tradition av arbetsmarknadspolitiska åtgärder som är särskilt riktade mot arbetssökande med funktionsnedsättning – allt från arbetshjälpmedel till subventionerade anställningar – i syfte att stärka deras position på arbetsmarknaden. Dessa åtgärder är reglerade i Förordning 2000:630 om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga. Givet de betydande kostnader som är förknippade med till exempel lönesubventioner och de knappa offentliga resurserna är det väsentligt att dessa åtgärder är begränsade till de mest behövande. För att säkerställa att så är fallet är det endast de arbetssökande som av Arbetsförmedlingen har blivit bedömda att ha ett funktionshinder som är behöriga.

Hur funktionshinder ska definieras är dock omtvistat och Arbetsförmedlingen och den arbetssökande har också olika drivkrafter, eller skäl, att klassificera funktionshinder respektive acceptera en funktionshinderskod. Å ena sidan, från Arbetsförmedlingens sida kan volym- och resultatmål sätta i de årliga regleringsbrevens påverka hur många, och vilka, som är optimalt att klassificera som funktionshindrade. Å andra sidan, från den arbetssökandes sida kan skälen variera från person till person i och med att en funktionshinderskod dels innebär att den arbetssökande får tillgång till de särskilda åtgärderna, dels därför att en funktionshinderskod i sig kan vara stigmatiserande; både genom negativa attityder och stereotyper om personer med funktionsnedsättning (yttre stigma) och genom negativ påverkan på självuppfattning och självförtroende (inre stigma).

Syftet med den här studien är att beskriva i vilken utsträckning olika individegenskaper, som kan observeras i administrativa register, samvarierar med Arbetsförmedlingens funktionshinderskodning och hur kodningen av funktionshinder har förändrats mellan 2003–2008. Uppsatsens syfte är avsiktligt brett formulerat eftersom vi vill täcka flera olika aspekter av kodningen. Vår viktigaste utgångspunkt är dock att en välfungerande kodning bör innebära ett tydligt positivt samband mellan sjuklighet och att få en funktionshinderskod.

Många funktionsnedsättningar hänger definitionsmässigt samman med olika typer av sjuklighet och Arbetsförmedlingens funktionshinderskoder är uppdelade i kategorier med mer eller mindre tydlig koppling till specifika medicinska diagnoser. Vi förväntar oss därför att finna positiva samband mellan typ av funktionshinderskod och motsvarande mått på sjuklighet som vi observerar i registerdata.⁴ Kopplingen behöver naturligtvis inte vara exakt, dels eftersom vi saknar information om i vilken utsträckning våra mått på sjuklighet faktiskt innebär en funktionsnedsättning eller ett funktionshinder, dels eftersom Arbetsförmedlingens handläggare och vi som forskare har olika information om de arbetssökande. Ett obetydligt (eller rent av negativt) samband mellan sjuklighet och funktionshinderskodning skulle möjligen tyda på att Arbetsförmedlingens eller den arbetssökandes drivkrafter, som beskrevs ovan, har större betydelse än huruvida den arbetssökande faktiskt har en reell funktionsnedsättning eller inte. Om vi istället skulle finna ett tydligt positivt samband behöver det dock inte innebära att volym- och resultatmål, farhågor om stigmatisering eller andra drivkrafter, inte har någon betydelse vid kodningen.

Tre tidigare studier har behandlat Arbetsförmedlingens kodning av funktionshinder. Johansson och Skedinger (2009) undersökte om det fanns en systematisk felregistrering av funktionshinder. De fann att Arbetsförmedlingens mått på funktionshinder var starkare korrelerat med tidigare ackumulerad arbetslöshetstid än vad självrapporterade mått på funktionshinder var. Detta tolkades som bevis för att felrapportering av funktionshinder från handläggarens sida existerade och som möjligen förklaras av förekomsten av olika drivkrafter att göra så. Denna slutsats styrks av Holmqvist (2008) som undersökte klassificeringsprocessen genom intervjuer med handläggare hos Arbetsförmedlingen och drar slutsatsen att de flesta arbetssökande som klassificeras som funktionshindrade inte upplever sig själva som det, och att det är deras arbetslöshet i sig snarare än någon biologisk funktionsnedsättning eller objektiv störning som är den huvudsakliga orsaken till att bli klassificerad som funktionshindrad. På liknande sätt kommer Garsten och Jacobsson (2014), baserat på intervjuer med anställda på avdelningen rehabilitering inom Arbetsförmedlingen, fram till att "inte vara anställningsbar blir ett funktionshinder och omvänt att vara funktionshindrad kan göra en anställningsbar" (Garsten och Jacobsson, 2014, s. 825; egen översättning).

Resten av rapporten är upplagd på följande sätt: Nästa avsnitt ger en bakgrund som inkluderar en kort diskussion av begreppen funktionsnedsättning, funktionshinder, arbetshandikapp, arbetsförmåga, och anställningsbarhet; Arbetsförmedlingens klassificering av funktionshinder; och Arbetsförmedlingens

⁴ Data beskrivs i detalj i Avsnitt 3.

och de arbetssökandes incitament att klassificera funktionshinder respektive acceptera en funktionshinderskod. I Avsnitt 3 presenterar vi våra data och den statistiska metod vi använder. I Avsnitt 4 presenterar resultaten och Avsnitt 5 avslutar rapporten med diskussion och slutsatser.

2 Bakgrund

2.1 Funktionsnedsättning, funktionshinder, arbetshandikapp, arbetsförmåga, och anställningsbarhet

Innebörden av begrepp som handikapp och funktionshinder är något som har skiftat över tid och som beror på vilket teoretiskt synsätt man har. I grova drag kan man dock säga att fokus har skiftat från ett medicinskt orienterat synsätt till ett socialt eller miljöorienterat synsätt. Sverige och de övriga 190 medlemsstaterna i WHO antog 2001 ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) som en internationell standard för att beskriva och mäta hälsa och funktionshinder. ICF försöker att kombinera det medicinska och social synsättet i en ”bio-psykosocial” modell där funktionshinder ska förstås i ett dynamiskt samspel mellan funktionsnedsättningar och personliga och omgivande faktorer (Socialstyrelsen, 2003).

Socialstyrelsen terminologiråd beslutade också 2007 att avråda från användandet av *handikapp*, att *funktionsnedsättning* skulle definieras såsom tidigare som ”en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga”, medan *funktionshinder* skulle definieras som en ”begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen”. Den term som har använts av Arbetsförmedlingen är *arbetshandikapp* och syftar till ”en nedsatt arbetsförmåga på grund av en fysisk, mental, kognitiv, eller socialmedicinsk funktionsnedsättning, som ger eller förväntas ge svårigheter att få eller behålla en reguljär sysselsättning” (Förordning 1991:333). Användningen av termen arbetshandikapp har dock inte bara kritiserats av handikapporganisationer utan även i statliga utredningar (t.ex. SOU 2003:95). Den huvudsakliga kritiken har varit att termen leder tanken till medikalisering och diagnostisering, med fokus på individuella begränsningar istället för förhållanden i miljön, och att tonvikten ligger på funktionsnedsättningen i sig istället för den faktiska förmågan att arbeta. Utredningen föreslog att begreppet skulle avskaffas och istället ersättas med två termer: *nedsatt arbetsförmåga* och *behov av särskilt stöd*. Detta resulterade i att det i regeringens proposition 2005/06:1 föreslogs att begreppet skulle ändras till *personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga*, en förändring som trädde i kraft den 1 januari 2006. Begreppet *arbetsförmåga* är inte rättsligt reglerat, men Arbets-

förmedlingens interna dokument slår fast att arbetsförmågan bestäms i samspelen mellan en arbetssökandes individuella egenskaper, en specifik arbetsuppgift, och arbetsmiljön (Arbetsförmedlingen, 2011).

2.2 Arbetsförmedlingens klassificering av funktionshinder

Arbetsförmedlingens klassificering av funktionshinder har tre syften: att säkerställa att den arbetssökande så tidigt som möjligt får adekvat hjälp i sitt arbetssökande; att göra den arbetssökande behörig för åtgärder särskilt riktade till arbetssökande med funktionsnedsättning; och att möjliggöra planering och utvärdering av de riktade åtgärderna samt ge statistikunderlag för resursallokering (Arbetsförmedlingen, 2011b).

Initiativet till att ge en arbetssökande en funktionshinderskod tas av den ansvarige handläggaren. I en del fall är funktionsnedsättningen uppenbar (t.ex. om den arbetssökande använder en rullstol) i andra fall kan funktionsnedsättningen vara mer subtil och den arbetssökande själv kanske inte ens är medveten om den (t.ex. en del specifika inlärningssvårigheter eller psykiska funktionsnedsättningar). I sådana fall kan det ta viss tid innan handläggaren misstänker att det föreligger ett funktionshinder och att en utredning av en av Arbetsförmedlingens egna specialister är nödvändig för att bekräfta funktionsnedsättningen och bedöma hur den påverkar den arbetssökandes förutsättningar och begränsningar för arbete. I de flesta fall krävs även ett läkarutlåtande (eller ett utlåtande från, till exempel, en psykolog eller logoped) som beskriver omfattningen av funktionsnedsättningen och hur den påverkar arbetsförmågan. Dessutom måste den arbetssökande acceptera kodningen av funktionshinder. Även om den arbetssökande därmed har möjlighet att motsätta sig en kodning är detta inte vanligt förekommande (Garsten och Jacobsson, 2014).

Arbetsförmedlingen registrerar inte bara huruvida en arbetssökande har en funktionsnedsättning eller inte utan även dess typ utifrån 11 olika koder:^{5 6}

Hjärt-, kärl-, och/eller lungsjukdom (kod 11) – Omfattar funktionsnedsättningar orsakade av hjärt-, kärl-, och/eller lungsjukdomar. I Arbetsförmedlingens interna handläggarstöd finns ett antal exempel för varje sjukdomsgrupp: kärlekskramp, hjärtinfarkt, hjärtfel, kronisk bronkit, KOL, silikos, och

⁵ Beskrivningen av de olika koderna bygger i sin helhet på Arbetsförmedlingens interna dokument (Arbetsförmedlingen, 2010a,b; 2011a–k).

⁶ Koderna 20, 30, och 40 ersattes i juli 2000 av två koder var (dvs. 21–22, 31–32, och 41–42) som kategoriserade funktionsnedsättningens svårighetsgrad. I alla analyser kommer dock koderna 21–22, 31–32, och 41–42 slås samman för att motsvara de gamla koderna 20, 30, och 40.

asbestos. De flesta av dessa sjukdomar leder till sämre fysisk förmåga och svårigheter att klara fysiskt krävande arbete.

Hörselskada eller dövhet (kod 20) – Omfattar varierande grad av hörselnedsättning, men också hörselproblem såsom tinnitus och ljudöverkänslighet. Hörselskador är en av de vanligaste funktionsnedsättningarna och kan orsaka ett antal svårigheter på en arbetsplats. Till exempel att man löper risk att missa viktig information, svårigheter att uppfatta vad som sägs när flera personer talar samtidigt alternativt när det finns bakgrundsljud eller utmattnings/stress från att konstant behöva koncentrera sig för att göra det, och begränsad förmåga att tala i telefon.

Synskada (kod 30) – Synnedsättningar som inte kan avhjälpas med glasögon kan vara antingen medfödda eller förvärvade senare i livet. I det senare fallet är en ögonsjukdom ofta orsaken. Arbetsförmedlingens handläggare stöd poängterar att en synnedsättning i sig inte behöver vara ett hinder för arbete utan att den måste ses i relation till de specifika arbetsuppgifterna.

Rörelsehinder (kod 40) – Omfattar ett stort antal diagnoser och symtom som har gemensamt att de begränsar rörelseförmågan, oavsett om orsaken är förändringar i skelett, leder, muskler, eller nervsystemet. Graden av nedsatt rörelseförmåga kan variera från smärtproblematik till fullständig förlamning. Ett rörelsehinder kan vara medfött, men kan också uppstå plötsligt genom en olycka, eller gradvis genom till exempel reumatiska eller neurologiska sjukdomar. Beroende på den underliggande orsaken kan också prognosen variera avsevärt. Den vanligaste funktionsnedsättningen i den här kategorin är smärta i mjukvävnader och leder, som innebär en försämrad förmåga att utföra fysiskt krävande arbetsuppgifter.

Övriga somatiskt relaterade funktionshinder (kod 51) – Omfattar kroppsliga sjukdomar som inte återfinns i någon av de andra koderna. Dessa inkluderar till exempel epilepsi, diabetes, mag- och tarmsjukdomar, och psoriasis. Dessa sjukdomar behöver inte nödvändigtvis ha någon påverkan på arbetslivet även om de kan påverka valet av yrke. Personer med epilepsi eller diabetes kan, till exempel, vara begränsade till yrken som inte innebär bilkörning, arbete på höga höjder, eller med potentiellt riskfyllda maskiner. Att lida av psoriasis kan också minska möjligheterna att ha jobb som involverar kontakt med hudirriterande material, medan det för dem med mag- eller tarmsjukdomar kan vara nödvändigt att anställningen ger utrymme för regelbundna måltider och toalettbesök.

Psykiskt funktionshinder (kod 61) – Omfattar personer med funktionsnedsättningar orsakade av långvarig psykisk ohälsa eller sjukdom. Funktionsnedsättningen kan, till exempel, innebära dåligt självförtroende, brist på ut-

hållighet, problem med relationer, starka och ibland tillsynes oprovocerade känsloreaktioner, och kognitiva svårigheter. Därför kan dessa arbetssökande till exempel ha svårt att hantera stress och förändringar, behöva mer tid för att lära sig nya uppgifter och ha svårt att klara av att arbeta heltid.

Generella inlärningssvårigheter (kod 71) – Två grupper av arbetssökande kan få denna kod: de som har en lätt utvecklingsstörning samt har en särskoleutbildning, och de som har fullföljt grundskolan men på grund av svagbegåvning haft svårt att fullfölja gymnasiet. Båda grupperna har en reducerad arbetsförmåga på grund av bristande intellektuell kapacitet vilket innebär svårigheter att minnas, förstå och följa instruktioner, utföra intellektuellt krävande arbetsuppgifter, klara av krav på flexibilitet, att arbeta under tidspress, och att komma överens med andra anställda.

Socialmedicinskt funktionshinder (kod 81) – De funktionsnedsättningar som omfattas av denna kod är sådana som är orsakade av långvarigt behov av försörjningsstöd till följd av sociala svårigheter, relationsproblematik, missbruk, kriminalitet, eller svåra uppväxtvillkor. Förmågan att klara av arbetslivets krav kan vara nedsatt på grund av, till exempel, otillräckliga kunskaper och färdigheter; svårigheter att påbörja, planera, och slutföra arbetsuppgifter; bristande uppmärksamhet, flexibilitet, ansvarstagande, social kompetens; bristande förmåga att hantera stress; samt hämningar, rädslor, och ångest.

Astma, allergi och överkänslighet (kod 91) – Arbetssökande med den här funktionshinderskoden får vid exponering för i normalt fall harmlösa ämnen i omgivningen symtom från luftrören, ögonen, matsmältningssystemet, eller huden. Överkänsligheten kan antingen vara medfödd eller utvecklad genom upprepad exponering för det specifika ämnet. De som lider av överkänslighet har ingen eller begränsad möjlighet att ha ett arbete där man exponeras för det specifika ämnet. I andra jobb däremot behöver inte överkänsligheten innebära någon, eller endast en begränsad, funktionsnedsättning.

Dyslexi och specifika inlärningssvårigheter (kod 92) – Omfattar ett antal specifika inlärningssvårigheter hos personer med en i övrigt normal begåvning såsom specifika läs- och skrivsvårigheter/dyslexi, språkstörningar, icke-språkliga inlärningssvårigheter, samt uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter. Ingen av svårigheterna ska vara orsakade av intellektuella svårigheter, psykisk ohälsa, förvärvad hjärnskada, eller hörsel- eller synnedsättning. De med språkstörningar kan ha svårigheter att förstå instruktioner och att själva göra sig förstådda, medan de med uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter kan ha problem med att påbörja arbetsuppgifter, men också med planering och genomförande av arbetsuppgifter.

Förvärvad hjärnskada (kod 93) – Den här koden innefattar funktionsnedsättningar orsakade av en förvärvad hjärnskada, dvs. den är inte genetisk eller medfödd. De vanligaste orsakerna till en förvärvad hjärnskada är olycks-händelser, blodpropp eller hjärnblödning, tumörsjukdomar, hjärninflammation, MS, och Parkinsons sjukdom. En hjärnskada kan påverka såväl den fysiska, kognitiva, och mentala funktionsförmågan, men också leda till personlighetsförändringar. Vanliga fysiska funktionsnedsättningar är nedsatt rörelseförmåga, känselbortfall, synnedsättning, och talstörningar. Exempel på intellektuella funktionsnedsättningar är försämrade inlärningsförmåga, minnesstörningar, koncentrationssvårigheter, och språkstörningar. De psykiska och personlighetsmässiga förändringarna inkluderar till exempel depression, minskad psykisk ut-hållighet, samt svårigheter att kontrollera känslor och impulser.

De flesta av funktionshinderskoderna ovan (dvs. koderna 11, 30, 40, 51, 61, 71, 91, 92, och 93) kräver ett läkarutlåtande eller utlåtande från en annan specialist (t.ex. en psykolog eller logoped) som beskriver funktionsnedsättningens omfattning och hur den påverkar arbetsförmågan. För dem med medfödd döv-het (kod 20) och generella inlärningssvårigheter (kod 71) är dokumentation från specialskola för döva respektive särskola tillräckligt. För dem med ett socialmedicinskt funktionshinder krävs antingen en utredning av en annan myndighet (t.ex. socialtjänsten) eller av Arbetsförmedlingens egna socialkon-sulenter som bekräftar en socialmedicinsk problematik och fastställer hur den påverkar möjligheterna till arbete.

2.3 Arbetsförmedlingens incitament att ge en funktions-hinderskod och de arbetssökandes incitament att få en

Arbetsförmedlingens klassificering är inte ett objektiva, utan ett administrativt, mått på funktionsnedsättning och kan därför innehålla mätfel på grund av att både handläggaren och den arbetssökande påverkas av olika drivkrafter eller skäl att klassificera ett funktionshinder respektive acceptera en sådan funk-tionshinderskod. Även om klassificeringen av de olika funktionsnedsättning-arna är dikotom, dvs. antingen får en jobbsökande en viss kod eller så får han eller hon det inte, är ”funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga” ett flytande begrepp. Därmed finns ett visst utrymme för godtyckliga bedöm-ningar. Från den arbetssökandes synvinkel innebär en funktionshinderskod, å ena sidan, vissa fördelar såsom tillgång till särskilda åtgärder (t.ex. lönesub-ventioner) som enbart är riktade mot arbetssökande med funktionsnedsättning. Å andra sidan kan det vara stigmatiserande att bli klassificerad som funktions-hindrad; en stigmatisering som kan ske både genom negativa attityder och stereotyper om personer med funktionsnedsättning och genom negativa effekter på självuppfattning och självförtroende.

För att klarlägga vilka drivkrafter Arbetsförmedlingen har att klassificera en arbetssökande som funktionshindrad eller inte är det nödvändigt att granska Arbetsförmedlingens mål. Efter läsning av Arbetsförmedlingens regleringsbrev står det klart att Arbetsförmedlingen har haft ett antal olika mål som rör arbetssökande med funktionsnedsättning. I regleringsbreven för 2003–2007 slås fast att både andelen som går från en subventionerad anställning till en reguljär anställning och antalet arbetssökande med en svag ställning på arbetsmarknaden som får en permanent och osubventionerad anställning skall öka i förhållande till året innan.

I och med riksdagens antagande av propositionen *”Från patient till medborgare: en nationell handlingsplan för handikappolitiken”* fick Arbetsförmedlingen det övergripande ansvaret för frågor rörande funktionsnedsättning inom arbetsmarknadsområdet (förordning 2001:526). Det långsiktiga målet är att personer med funktionsnedsättning ska ha samma möjligheter att delta i arbetslivet som alla andra. För att nå detta långsiktiga mål fick Arbetsförmedlingen i uppgift att utarbeta ett antal delmål som skulle godkännas av regeringen och vara uppfyllda senast 2010. Dessa delmål var:

- Arbetsförmågan hos personer med funktionsnedsättning ska utnyttjas så att deras sysselsättningsnivå på lång sikt är i nivå med den för resten av befolkningen.
- Sysselsättningsnivån för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga skall öka snabbare än för övriga arbetskraften.
- Andelen långtidsinskrivna arbetssökande med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga skall ha en mer positiv utveckling än den för övriga långtidsinskrivna arbetssökande.
- Andelen personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga som deltar i förberedande utbildning och i arbetsmarknadsutbildning skall varje år klart överstiga motsvarande andel av samtliga arbetslösa.
- Andelen arbetsgivare som är beredda att anställa en person med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga skall öka betydligt.

Dessa mål införlivades i regleringsbreven 2004. I regleringsbreven för 2006 och 2007 återfanns även mål rörande prioriterade grupper av arbetssökande med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. De grupper som skulle prioriteras var de med generella inlärningssvårigheter, neuropsykiatrisk eller psykisk funktionsnedsättning, samt de med flera funktionsnedsättningar som tillsammans medförde en betydligt nedsatt arbetsförmåga. Målen var att

minst 40 procent av dem som anställdes av Samhall skulle tillhöra de prioriterade grupperna och att en minst lika stor andel skulle få annan skyddad anställning (dvs. en trygghetsanställning).

Från ovanstående framgår dels att de arbetssökande hade skäl att både acceptera och att emotsätta sig en funktionshindersklassificering, dels att Arbetsförmedlingen hade skäl att överklassificera arbetssökande som funktionsnedsatta. Från och med 2004 kan de dessutom haft skäl att klassificera arbetssökande med bättre arbetsförmåga som funktionsnedsatta för att uppfylla målen om en mer positiv utveckling än för andra arbetssökande. Detsamma gäller från och med 2006 för klassificering av generella inlärningssvårigheter och neuropsykiatriska, psykiska eller multipla funktionsnedsättningar för att uppfylla målen för de prioriterade grupperna.

2.4 Relaterad litteratur

Utöver de tidigare studier som också har behandlat Arbetsförmedlingens klassificering av funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga som redan har diskuterats ovan finns det ett antal närbesläktade studier som istället har undersökt socioekonomiska bestämningsfaktorer för beviljande av förtidspension och av självrapporterat funktionshinder. Generellt kan man säga att både sociodemografiska egenskaper och socioekonomisk position påverkar sannolikheten för förtidspension. Hög ålder är en stark prediktor för förtidspension (Gjesdal m.fl. 2004; Leinonen m.fl. 2011; Bruusgaard m.fl. 2010; Støver m.fl. 2012), liksom att vara kvinna (Samuelsson m.fl. 2012; Krokstad och Westin 2004; Bruusgaard m.fl. 2010; Støver m.fl. 2012), eller ogift (Leinonen m.fl. 2011; Samuelsson m.fl. 2012). Genomgående har man funnit ett starkt samband mellan socioekonomisk position och förtidspension, oavsett vilket mått på socioekonomisk position som har använts: yrkesklass (Krokstad och Westin 2004; Leinonen m.fl. 2011; Samuelsson m.fl. 2012); utbildning (Gravseth m.fl. 2007; Samuelsson m.fl. 2012; Leinonen m.fl. 2011; Bruusgaard m.fl. 2010; Støver m.fl. 2012); inkomst (Gjesdal m.fl. 2004; Leinonen m.fl. 2011); och arbetslöshet (Leinonen m.fl. 2011; Støver m.fl. 2012). Studierna av socioekonomiska bestämningsfaktorer för funktionsnedsättning eller funktionshinder är färre, men visar, föga förvånande, att samma faktorer som är förknippade med en ökad risk för förtidspension också är förknippade med självrapporterad funktionsnedsättning och funktionshinder (Pascual och Cantarero 2007; Reinhardt m.fl. 2013; Melo och Valdes 2011).

3 Data och metod

3.1 Vår studiepopulation

För att undersöka vilka som får en funktionshinderskod hos Arbetsförmedlingen har vi i Arbetsförmedlingens register över arbetssökande (Händel) identifierat samtliga i åldern 18–64 år som registrerade sig som arbetssökande under 2003–2008. För att bli klassificerad som funktionsnedsatt i vårt urval måste funktionshinderskoden ha registrerats under den pågående inskrivningsperioden och högst två år efter inskrivningstillfället. Dessa data kopplades till data från SCB:s longitudinella databaser (dvs. LOUISE och LISA) och Socialstyrelsens patientregister.

Tabell 1 Antal och andelar (i procent) av de nyregistrerade arbetssökande varje år (kohort) som klassificerades som funktionshindrad

Inskrivningsår	Arbetssökande med funktionshinderskod		Arbetssökande utan funktionshinderskod	
	Antal	Andel	Antal	Andel
2003	37 853	5,7	629 326	94,3
2004	41 906	6,2	630 161	93,8
2005	42 009	6,7	580 809	93,3
2006	35 432	6,8	488 069	93,2
2007	31 682	8,0	361 902	92,0
2008	31 278	7,9	365 813	92,1
2003–2008	220 160	6,7	3 056 080	93,3

I Tabell 1 ser vi att varje år registrerade sig 390 000–670 000 personer i åldern 18–64 år som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen. Omkring 7 procent fick en funktionshinderskod. Över tid har både antalet nyregistrerade arbetssökande med och utan funktionsnedsättning minskat. Däremot har andelen med en funktionshinderskod ökat: från 5,7 procent 2004 till 8,0 procent fyra år senare. Vårt urval omfattar därmed 220 000 arbetssökande med en funktionshinderskod och drygt 3 miljoner arbetssökande utan en sådan kod.

Tabell 2 Antal och andelar (i procent) av de arbetssökande som gavs en viss funktionshinderskod

Funktionshinderskod	Antal	Andel
Hjärt-, kärl-, och/eller lungsjukdom (kod 11)	5 152	2,3
Hörselskada eller dövhet (kod 20)	6 818	3,1
Synskada (kod 30)	2 817	1,3
Rörelsehinder (kod 40)	84 680	38,5
Övriga somatiskt relaterade funktionshinder (kod 51)	22 672	10,3
Psykiskt funktionshinder (kod 61)	39 364	17,9
Generella inlärningssvårigheter (kod 71)	7 731	3,5
Socialmedicinskt funktionshinder (kod 81)	31 874	14,5
Astma, allergi och överkänslighet (kod 91)	5 242	2,4
Dyslexi och specifika inlärningssvårigheter (kod 92)	12 362	5,6
Förvärvad hjärnskada (kod 93)	1 448	0,7

Tabell 2 visar andelarna av dem med en funktionshinderskod som hade en specifik funktionsnedsättning. Den vanligaste orsaken till en funktionshinderskod var att man hade ett rörelsehinder (kod 40). Nästan 40 procent av dem som blev klassificerade som funktionshindrade hade en sådan kod. Därefter var psykisk och socialmedicinsk funktionsnedsättning (kod 61 respektive 81) de vanligaste funktionshinderskoderna och utgjorde tillsammans en tredjedel.

3.2 Beskrivande statistik

I Tabell 3 ges en beskrivning av de arbetssökande med respektive utan en funktionshinderskod med avseende på ett antal individegenskaper.⁷ Om vi jämför de två grupperna framgår det tydligt att de skiljer sig åt i en rad hänseenden. Först och främst var de med funktionshinder äldre, vilket också återspeglas i civilstånd: 60 procent av dem med ett funktionshinder var ogifta, jämfört med 50 procent av dem utan funktionshinder, och andelen frånskilda av dem med funktionshinder var nästan dubbelt så stor som för dem utan funktionshinder (18 respektive 10 procent). Utbildningsnivån bland dem med funktionshinder är betydligt lägre än bland dem utan funktionshinder: andelen av dem med funktionsnedsättning som hade en eftergymnasial utbildning var mindre än hälften än motsvarande andel för dem utan funktionsnedsättning (29 respektive 13 procent), samtidigt som andelen med högst grundskoleutbildning var 11 procentenheter högre (29 respektive 18 procent).

Tabell 3 Beskrivande statistik (andelar i procent) för de arbetssökande med respektive utan funktionshinderskod

Individegenskaper	Arbetssökande med funktionshinderskod	Arbetssökande utan funktionshinderskod
Kön		
Kvinna	46,6	49,8
Man	53,4	50,2
Ålder		
18–24 år	10,0	22,1
25–29 år	10,7	19,8
30–34 år	11,7	15,1
35–39 år	15,0	10,1
40–44 år	13,8	12,4
45–49 år	13,2	7,2
50–54 år	11,5	5,4
55–59 år	9,6	4,6
60–64 år	4,6	3,3
In-/utrikes född		
Inrikes född	78,0	75,7
Utrikes född	22,0	24,3

⁷ I Bilaga 1 återfinns motsvarande tabell uppdelade på de 11 funktionshinderskoderna.

Individegenskaper	Arbetsökande med funktions- hinderskod	Arbetsökande utan funktions- hinderskod
Civilstånd		
Ogift	50,2	60,1
Gift	30,4	29,1
Fränskid	18,4	10,2
Änka/änkeman	1,0	0,6
Barn		
Har barn i åldern 0–6 år	14,7	21,8
Har barn i åldern 7–17 år	27,5	23,3
Utbildningsnivå		
Okänd utbildningsnivå	0,6	0,5
Grundskoleutbildning	29,0	18,0
Gymnasieutbildning	57,4	52,2
Eftergymnasial utbildning	12,9	29,3
Tidigare mottagare av sjuk-eller aktivitetsersättning ^a	17,4	1,4
Tidigare mottagare av ekonomiskt bistånd ^a	40,5	27,9
Tidigare förvärvsinkomst ^b		
0 kr	11,3	7,3
1–20 tkr	23,4	16,7
21–70 tkr	23,1	22,9
71–150 tkr	23,4	24,4
> 150 tkr	18,7	28,7
Tidigare arbetslöshet ^b		
0 dagar	20,4	23,6
1–50 dagar	13,5	21,7
51–100 dagar	12,9	17,5
101–200 dagar	22,9	22,7
> 200 dagar	30,3	14,5
Tidigare sjukrivning ^b		
0 dagar	31,7	67,3
1–30 dagar	7,9	12,2
31–60 dagar	16,5	13,1
61–120 dagar	12,9	3,7
> 120 dagar	31,0	3,7
Tidigare slutenvård		
Något slutenvårdstillfälle ^a	43,1	28,5
Utskrivningsdiagnos ^a		
Vissa infektions- och parasitsjukdomar (kap. I)	3,7	1,7
Tumörer (kap. II)	4,2	2,3
Sjukdomar i blod och blodbildande organ (kap. III)	0,9	0,4
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings m.m.(kap. IV)	3,3	1,1
Psykiska sjukdomar/syndrom m.m. (kap. V)	10,4	3,1
Sjukdomar i nervsystemet (kap. VI)	2,7	0,7
Sjukdomar i ögat och närliggande organ (kap. VII)	0,6	0,2
Sjukdomar i örat och mastoidutskottet (kap. VIII)	0,6	0,3
Cirkulationsorganens sjukdomar (kap. IX)	4,7	1,5
Andningsorganens sjukdomar (kap. X)	3,2	1,9
Matsmältningsorganens sjukdomar (kap. XI)	5,7	3,1
Hudens och underhudens sjukdomar (kap. XII)	1,0	0,4
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet m.m. (kap. XIII)	5,7	1,5
Sjukdomar i urin- och könsorganen (kap. XIV)	3,7	2,1
Graviditet, förlösnings och barnsängstid (kap. XV)	7,7	11,9
Medfödda missbildningar, deformiteter m.m. (kap. XVII)	0,5	0,2
Skador, förgiftningar m.m. (kap. XIX)	15,5	7,5

^a Vid något tillfälle under åren $t-5$ to $t-1$.

^b Årsgenomsnitt under åren $t-5$ to $t-1$.

Det är också tydligt att fler av dem med en funktionshinderskod haft svårigheter på arbetsmarknaden också under åren som föregick inskrivningen hos Arbetsförmedlingen. Hela 17 procent hade erhållit sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) under de senaste fem åren, vilket är att jämföra med 1 procent bland dem utan en funktionshinderskod. Bland dem med en funktionshinderskod hade också 31 procent fler än 120 dagars sjukskrivning per år och 30 procent hade fler än 800 dagar av registrerad arbetslöshet per år, att jämföra med 4 respektive 14 procent av dem utan funktionshinder.⁸ Bland de senare var det istället två tredjedelar som inte hade någon längre sjukskrivningsperiod alls och en fjärdedel som inte hade någon registrerad arbetslöshet. En relativt stor andel av både dem med och dem utan funktionshinder hade mottagit ekonomiskt bistånd (tidigare socialbidrag) under de senaste fem åren (41 respektive 28 procent).

Att få slutenvårdsbehandling är generellt sett relativt ovanligt för dem i arbetsför ålder; mindre än sju procent behandlas på sjukhus per år (Socialstyrelsen, 2013). Detta stämmer också väl för vår population av arbetssökande utan funktionsnedsättning. Bland dem med en funktionsnedsättning hade dock betydligt fler fått slutenvårdsbehandling under de senaste fem åren (43 procent jämfört med 28 procent). Mest vanligt var att man hade vårdats för skador eller förgiftningar eller psykiska sjukdomar. Bland de arbetssökande med funktionsnedsättning hade 15 respektive 10 procent vårdats med en sådan diagnos, medan samma andelar för dem utan funktionsnedsättning var 8 respektive 3 procent.

3.3 Statistisk metod

För att studera de statistiska sambanden mellan de olika individegenskaper som diskuterades ovan och att bli klassificerad som funktionsnedsatt, respektive få en specifik funktionshinderskod, av Arbetsförmedlingen har vi skattat ett antal logistiska regressioner. I dessa indikerar den beroende variabeln huruvida den arbetssökande blivit klassificerad som funktionsnedsatt, respektive fått en specifik funktionshinderskod, och de förklarande variablerna är samtliga variabler som diskuterades i Avsnitt 3.2 tillsammans med indikatorer för inskrivningsår.⁹ De skattade koefficienterna presenteras som oddskvoter som är relativa mått på sambandet mellan en oberoende variabel och den beroende variabeln. Om oddskvoten är större (mindre) än 1 så föreligger ett positivt

⁸ I sjukfrånvaro inkluderas endast de dagar för vilka Försäkringskassan betalar ut sjukpenning. All korttidsfrånvaro som betalas av arbetsgivaren är därmed exkluderad.

⁹ Samtliga skattningar inkluderar även kommunspezifika effekter vilka inte kommer att diskuteras.

(negativt) samband och om den är lika med 1 så finns inget samband alls. Kvantitativt kan oddskvoter under vissa förutsättningar approximera en procentuell förändring, dvs. en oddskvot motsvarande 1.13 kan tolkas som en 13 procents högre sannolikhet att bli funktionshinderskodad. Om oddskvoterna däremot avviker betydligt från 1 eller om sannolikheten att bli kodad är hög kommer oddskvoten att överskatta sambandet om det tolkas i procent.

4 Resultat

I det här avsnittet presenterar vi resultatet från våra skattningar av sambanden mellan en rad individegenskaper och att bli klassificerad som funktionsnedsatt respektive ges en specifik funktionshinderskod. När vi diskuterar oddskvoten, presenterad i Tabell 4, för en given variabel kommer vi inte att poängtera det faktum att denna är givet att alla de andra variablerna konstanthålls, men detta ska hållas i minnet.

Kön – Att vara kvinna tycks göra det mindre troligt att man blev funktionshinderskodad. Detta gäller särskilt för koderna för socialmedicinskt funktionshinder (kod 81), hjärt-, kärl-, och lungsjukdomar (kod 11), förvärvad hjärnskada (kod 93) samt dyslexi och specifika inlärningssvårigheter (kod 92). Dock tycks kvinnor varit mer benägna att få en kod för astma, allergi, och överkänslighet (kod 91), psykiskt funktionshinder (kod 61), och övriga somatiska funktionshinder (kod 51).

Ålder – Generellt finns det ett positivt samband mellan stigande ålder och att bli funktionshinderskodad (utom för åldersgruppen 60–64 år) och i synnerhet att få en kod för hjärt-, kärl-, och lungsjukdomar (kod 11). Tre specifika koder utgör dock undantag: för dyslexi och specifika inlärningssvårigheter (kod 92) och generella inlärningssvårigheter (kod 71) är sambandet det omvända, medan för förvärvad hjärnskada saknas ett samband med ålder

Utlandsfödd – Det finns ett negativt samband mellan att inte vara född i Sverige och att få en funktionshinderskod. I synnerhet är utlandsfödda mindre benägna att få en kod för dyslexi och specifika inlärningssvårigheter (kod 92), socialmedicinskt funktionshinder (kod 81), psykiskt funktionshinder (kod 61), och generella inlärningssvårigheter (kod 71), medan de är mer benägna att få en kod för hjärt-, kärl-, och lungsjukdomar (kod 11) och rörelsehinder (kod 40).

Tabell 4 De skattade sambanden, uttryckt som oddskvoter, mellan den arbets sökandes individuella egenskaper och att bli klassificerad som funktionsnedsatt, respektive få en viss funktionshinderskod, av Arbetsförmedlingen

Variabler	Kod 11–93	Kod 11	Kod 20	Kod 30	Kod 40	Kod 51	Kod 61	Kod 71	Kod 81	Kod 91	Kod 92	Kod 93
Kvinna	0,78***	0,43***	0,90**	0,62***	0,91***	1,07***	1,19***	0,81***	0,28***	1,20***	0,55***	0,52***
Ålder												
18–24 år	0,53***	0,34***	0,97	0,94	0,33***	0,43***	0,52***	1,60***	0,26***	0,44***	1,62***	0,78
25–29 år	0,63***	0,40***	0,76***	0,76***	0,51***	0,57***	0,72***	0,95	0,48***	0,65***	1,22***	1,00
30–34 år	0,82***	0,67***	0,82***	1,08	0,78***	0,82***	0,91***	1,10	0,74***	0,80***	1,10**	1,04
35–39 år ^a	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
40–44 år	1,16***	1,61***	1,23***	1,44***	1,23***	1,16***	1,01	0,86**	1,20***	1,14**	0,94	0,90
45–49 år	1,33***	2,92***	1,33***	1,54***	1,51***	1,28***	1,04	0,73***	1,46***	1,37***	0,79***	0,92
50–54 år	1,51***	4,39***	1,70***	1,78***	1,84***	1,48***	1,03	0,53***	1,61***	1,52***	0,59***	0,92
55–59 år	1,55***	5,29***	1,98***	1,88***	1,98***	1,58***	0,87***	0,36***	1,51***	1,45***	0,40***	0,82
60–64 år	1,07***	5,05***	1,80***	1,28*	1,45***	1,09	0,43***	0,11***	0,87**	1,00	0,10***	0,29***
Utrikes född	0,79***	1,33***	0,94	1,01	1,21***	0,93**	0,65***	0,63***	0,52***	0,92*	0,47***	0,56***
Civilstånd												
Ogift	1,14***	0,94	0,98	0,99	0,94***	1,00	1,31***	1,73***	2,25***	1,01	1,38***	1,14
Gift ^a	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Frånskild	0,99	0,89**	0,87***	0,84**	0,90***	0,90***	1,08***	1,02	2,08***	0,96	1,06	0,77***
Änka/änkeman	0,94**	0,82	0,87	0,66	0,80***	0,92	1,11	0,90	2,04***	0,69**	1,25	0,53*
Barn												
0–6 år	0,80***	0,85*	1,04	0,92	0,99	0,87***	0,69***	0,71***	0,68***	1,03	0,87***	0,93
7–17 år	0,97***	1,03	1,01	0,87**	1,09***	1,05**	0,96**	0,84***	0,67***	0,91**	0,97	0,81**
Utbildningsnivå												
Okänd utbildningsnivå	1,80***	1,13	0,95	0,93	0,54***	0,44***	0,48***	15,39***	0,78*	0,41**	2,80***	0,38
Grundskoleutbildning	1,38***	1,09**	0,82***	1,01	1,20***	1,12***	1,01	3,19***	1,72***	1,09**	1,95***	0,89
Gymnasieutbildning ^a	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Eftergymnasial utbildning	0,51***	0,58***	0,88***	1,08	0,39***	0,55***	0,88***	0,11***	0,30***	0,44***	0,33***	0,73***
Sjuk-/ aktivitetsersättning ^b	3,91***	2,38***	11,40***	9,07***	2,88***	2,77***	2,83***	38,96***	0,78***	1,80***	6,52***	8,73***
Ekonomiskt bistånd ^b	1,42***	1,18***	1,03	0,90*	0,98	1,02	1,25***	1,24***	4,93***	1,09**	1,23***	0,73***

Variabler	Kod 11–93	Kod 11	Kod 20	Kod 30	Kod 40	Kod 51	Kod 61	Kod 71	Kod 81	Kod 91	Kod 92	Kod 93
Förvärvsinkomst ^c												
0 tkr ^a	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1–20 tkr	0,98	0,93	0,90*	0,83***	0,92***	0,93**	0,89***	1,21***	0,88***	1,08	1,20***	0,92
21–70 tkr	0,64***	0,76***	0,63***	0,47***	0,76***	0,72***	0,59***	0,57***	0,58***	0,77***	0,65***	0,69***
71–150 tkr	0,50***	0,65***	0,58***	0,42***	0,61***	0,57***	0,45***	0,48***	0,36***	0,61***	0,42***	0,61***
> 150 tkr	0,38***	0,53***	0,70***	0,51***	0,45***	0,43***	0,34***	0,75***	0,21***	0,47***	0,33***	0,47***
Arbetslöshet ^c												
0 dagar ^a	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1–50 dagar	0,86***	0,86***	0,76***	0,73***	0,82***	0,85***	0,90***	0,65***	1,09***	0,87**	0,87***	0,62***
51–100 dagar	0,91***	0,88**	0,83***	0,74***	0,85***	0,89***	0,92**	0,71***	1,10**	0,97	1,15**	0,60***
101–200 dagar	1,09***	0,95	1,10	1,17*	0,93**	1,04	0,98	1,33***	1,30***	1,30***	1,93***	0,66***
> 200 dagar	1,86***	1,54***	2,25***	2,57***	1,45***	1,96***	1,39***	4,81***	2,01***	2,36***	4,65***	1,07
Sjukrivning ^b												
0 dagar ^a	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1–30 dagar	1,35***	1,39***	1,08	0,91	1,75***	1,60***	1,37***	0,86***	1,14***	1,66***	1,07	0,88
31–60 dagar	2,51***	2,09***	1,43***	1,30***	4,03***	2,98***	3,40***	0,77***	1,48***	2,69***	1,26***	1,91***
61–120 dagar	5,61***	3,65***	1,91***	1,85***	10,28***	6,51***	10,54***	0,64***	1,78***	3,77***	1,40***	4,75***
> 120 dagar	10,22***	5,82***	1,79***	2,10***	19,63***	11,86***	20,55***	0,29***	1,51***	5,43***	1,13*	7,36***

Variabler	Kod 11–93	Kod 11	Kod 20	Kod 30	Kod 40	Kod 51	Kod 61	Kod 71	Kod 81	Kod 91	Kod 92	Kod 93
Slutenvård												
Något slutenvårdstillfälle ^b	1,15***	1,46***	0,95	1,25***	0,98	1,22***	0,95**	1,06	1,25***	1,01	1,06	2,36***
Utskrivningsdiagnos ^{b,d}												
Kap. I	1,10***	1,16*	0,80**	0,91	0,96*	1,17***	0,70***	0,55***	1,62***	1,01	0,81**	0,88
Kap. II	0,98	0,99	1,38***	1,48***	0,90***	1,36***	0,80***	1,07	0,87**	1,01	1,05	2,16***
Kap. III	0,98	1,15	0,59**	0,74	0,89**	1,59***	0,73***	1,13	0,98	0,92	1,19	0,62*
Kap. IV	1,09***	1,34***	0,90	2,02***	0,90***	2,24***	0,81***	1,46***	0,72***	0,98	1,19*	0,74**
Kap. V	1,23***	0,60***	0,68***	0,59***	0,44***	0,49***	2,52***	0,47***	2,72***	0,48***	0,81***	0,52***
Kap. VI	1,48***	1,01	1,28**	1,69***	1,58***	2,70***	0,92	1,32***	0,85***	1,11	1,34***	7,10***
Kap. VII	1,43***	0,85	1,07	51,08***	0,84**	1,47***	0,69***	0,73	0,72**	1,18	0,97	2,97***
Kap. VIII	1,47***	0,64**	19,85***	0,81	1,16**	1,10	0,96	1,60**	0,82	0,45**	1,37*	1,62
Kap. IX	1,08***	13,59***	0,79***	1,05	0,76***	0,99	0,69***	0,96	0,77***	0,70***	0,86	5,96***
Kap. X	1,00	1,98***	0,92	0,78*	1,00	1,11**	0,84***	1,06	0,91*	2,91***	1,10	0,96
Kap. XI	0,98	0,73***	1,01	0,91	0,99	1,74***	0,83***	0,91	0,89***	1,14	1,14**	0,45***
Kap. XII	1,07*	0,79	0,46***	1,06	1,06	1,50***	0,71***	1,08	1,13*	3,21***	0,82	0,71
Kap. XIII	1,22***	0,62***	0,77**	0,48***	2,22***	0,94	0,34***	0,80*	0,71***	0,64***	0,82**	0,38***
Kap. XIV	0,94***	0,75***	0,92	0,81	1,06***	1,15***	0,88***	0,92	0,86**	0,98	1,01	0,44***
Kap. XV	0,71***	0,74**	1,04	0,83*	0,72***	0,62***	0,72***	1,30***	0,74***	0,72***	0,91	0,61***
Kap. XVII	1,65***	5,48***	3,12***	2,84***	1,89***	1,58***	1,01	1,49**	0,75	1,02	1,25	1,68**
Kap. XIX	1,10***	0,89**	1,01	1,02	1,26***	0,91***	0,89***	0,78***	1,34***	0,80***	0,97	1,99***
Inskrivningsår												
2003 ^a	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2004	1,10***	0,96	1,12***	1,03	1,05***	1,00	1,15***	1,19***	1,18***	1,09**	1,35***	0,77***
2005	1,18***	1,07	1,03	1,09	1,07***	1,02	1,37***	1,30***	1,32***	1,05	1,53***	0,90
2006	1,15***	0,97	0,92**	0,96	1,01	0,86***	1,47***	1,25***	1,37***	0,87**	1,50***	1,19
2007	1,27***	0,89*	1,05	1,03	1,04	0,96	1,89***	1,38***	1,39***	0,90**	1,65***	1,31***
2008	1,23***	0,83***	0,96	0,99	0,99	0,85***	1,91***	1,35***	1,36***	0,71***	1,84***	1,37***
<i>N</i>	3276240	3053255	3058737	3015740	3140760	3078752	3095444	3061425	3087954	3057375	3064315	2885711
<i>LL</i>	-621029	-25155	-43011	-19011	-277794	-106946	-160489	-39078	-126624	-34429	-69177	-9110
<i>Pseudo R2</i>	0,23	0,34	0,11	0,15	0,29	0,20	0,24	0,28	0,29	0,11	0,14	0,27

Anm. ***, **, och * indikerar att det skattade sambandet är statistiskt säkerställt på 10-, 5-, respektive 1-procentsnivå.

^a Referenskategori.

^b Vid något tillfälle under åren *t-5* to *t-1*.

^c Årsgenomsnitt under åren *t-5* to *t-1*.

^d Kap. I–XIX refererar till ICD-kapitel. En beskrivande text återfinns i Tabell 3.

Civilstånd – Generellt är sambandet mellan civilstånd och funktionshinderskodning svagt. Undantaget är att om man är gift så minskar sannolikheten att man har en kod för generella inläringssvårigheter (kod 71) och socialmedicinskt funktionshinder (kod 81) och man kan anta att personer med dessa funktionsnedsättningar inte bara har en begränsad arbetsmarknad utan även äktenskapsmarknad.

Barn – Precis som för civilstånd är det ett svagt samband mellan att ha barn och att få en funktionshinderskod. Återigen är undantaget koderna generella inläringssvårigheter (kod 71) och socialmedicinskt funktionshinder (kod 81) samt psykiskt funktionshinder (kod 61).

Utbildningsnivå – Med högre utbildningsnivå minskar i allmänhet sannolikheten att bli funktionshinderskodad. Endast de tre specifika koderna för hörselskada och dövhet (kod 20), synskada (kod 30) och psykiskt funktionshinder (kod 61) tycks ha varit, mer eller mindre, orelaterade med utbildningsnivå.

Tidigare mottagare av sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension) – Att tidigare ha mottagit sjuk- eller aktivitetsersättning är ett uppenbart tecken på en underliggande funktionsnedsättning. Därför är det föga överraskande att detta är starkt förknippat med att få en funktionshinderskod, med undantag för koden för socialmedicinskt funktionshinder.

Tidigare mottagare av ekonomiskt bistånd (socialbidrag) – Att ha en kod för socialmedicinskt (psykiskt) funktionshinder var däremot mycket mer sannolikt om man tidigare erhållit ekonomiskt bistånd, medan det för övriga funktionshinderskoder endast fanns ett svagt positivt samband.

Tidigare arbetsinkomst – En låg tidigare arbetsinkomst kan vittna om tidigare svårigheter på arbetsmarknaden. Det är också tydligt att sannolikheten att bli funktionshinderskodad (samtliga koder) ökar med en lägre tidigare arbetsinkomst.

Tidigare arbetslöshet – Tidigare arbetslöshet vittnar förstås också om tidigare problem på arbetsmarknaden. För samtliga koder utom socialmedicinskt funktionshinder (kod 81) är sambandet dock J-format, dvs. både att inte ha några tidigare arbetslöshetsdagar alls och att ha längre perioder av arbetslöshet har ett positivt samband med att få en funktionshinderskod. Sambandet är dock starkare för de längre perioderna.

Tidigare sjukskrivning – Det fanns ett starkt positivt samband mellan tidigare perioder av sjukskrivning och samtliga funktionshinderskoder förutom generella inläringssvårigheter (kod 71) och dyslexi och specifika inläringssvårigheter (kod 92). I synnerhet fanns ett positivt samband mellan längre perioder av sjukskrivning och koderna för psykiskt funktionshinder (kod 61), rörelsehinder (kod 40) och övriga somatiska funktionshinder (kod 51).

Tidigare slutenvårdsbehandling – En historia med slutenvårdsbehandlingar är ett uppenbart tecken på hälsoproblem som kan, men inte behöver, påverka funktionsförmågan. Vi finner också ett positivt samband med funktionshinderskoderna hjärt-, kärl, och lungsjukdomar (kod 11), synskador (kod 30), övriga somatiska funktionshinder (kod 51), socialmedicinskt funktionshinder (kod 81), och förvärvad hjärnskada (kod 93). För de specifika funktionshinderskoderna fanns också ett starkt samband med relaterade diagnoser vid slutenvårdsbehandling. Till exempel fanns ett starkt positivt samband mellan en slutenvårdsdiagnos som återfinns inom ICD-kapitlet cirkulationsorganens sjukdomar (kap. IX) och en funktionshinderskod för hjärt-, kärl, och lungsjukdomar; sjukdomar i örat och mastoidutsnittet (kap. VIII) och en funktionshinderskod för hörselskador (kod 20); sjukdomar i ögat och närliggande organ (kap. VIII) och en funktionshinderskod för synskador (kod 30); psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (kap. V) och en funktionshinderskod för psykiskt eller socialmedicinskt funktionshinder (kod 61 och 81); andningsorganens sjukdomar (kap. X) eller hudens och underhudens sjukdomar (kap. XII) och en funktionshinderskod för astma, allergi, och överkänslighet (kod 91); sjukdomar i nervsystemet (kap. VI), cirkulationsorganens sjukdomar (kap. IX) eller skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (kap. XIX) och en funktionshinderskod för förvärvad hjärnskada (kod 93).

Inskrivningsår – Över tid har sannolikheten att bli klassad som funktionshindrad ökat. När man beaktar vilken typ av funktionshinderskod som gavs är det slående att medan sannolikheten att få en funktionshinderskod relaterad till somatiska funktionsnedsättningar (dvs. koderna 11, 20, 30, 40, 51 och 91) antingen var oförändrad eller minskade över tid, ökade sannolikheten att få en funktionshinderskod relaterad till psykiska funktionsnedsättningar (kod 61 och 81) och inlärningssvårigheter (kod 71 och 92). Detta är i linje med att regeringen under den här perioden introducerade vissa mål för prioriterade grupper. Bland annat omfattade de prioriterade grupperna dem med kognitiva, neuropsykiatriska, eller psykiska funktionsnedsättningar, medan somatiska funktionsnedsättningar inte omnämns.

5 Diskussion och slutsatser

Personer med funktionsnedsättning, både i Sverige och på andra håll, är en grupp som har betydande svårigheter på arbetsmarknaden. Därför har Sverige också en lång tradition av arbetsmarknadspolitiska åtgärder som är särskilt riktade mot arbetssökande med funktionsnedsättning – allt från arbetshjälpmedel till subventionerade anställningar – i syfte att stärka deras position på arbets-

marknaden. Givet de betydande kostnader som är förknippade med, till exempel, lönesubventioner tillsammans med knappa offentliga resurser är det väsentligt att dessa program är begränsade till de mest behövande. För att säkerställa att så är fallet krävs en av Arbetsförmedlingen given funktionshinderskod för att vara behörig.

I den här studien har vi undersökt vilka egenskaper hos de arbetssökande som är förknippade med att bli klassificerad som funktionsnedsatt av Arbetsförmedlingen. Frågeställningen är relaterad till den litteratur som finns om socioekonomiska bestämningsfaktorer för förtidspension och (självrapporterad) funktionsnedsättning/-hinder. Likt studierna på förtidspension så behandlar vi en specifik, om än en annan, grupp av personer med funktionsnedsättning: de som har registrerat sig som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen och där fått en funktionshinderskod. De studier som behandlar bestämningsfaktorer för funktionsnedsättning/-hinder i mer generella termer fångar en grupp som är mer representativ för samtliga med funktionsnedsättning, men de är också behäftade med problem förknippade med att dessa mått på funktionsnedsättning/-hinder är subjektiva och självrapporterade.

I likhet med studierna av förtidspension och självrapporterat funktionshinder finner vi ett positivt samband mellan både stigande ålder och att vara man och att bli kodad som funktionshindrad. Tidigare studier har också funnit att lägre socioekonomisk status, oavsett hur detta har mätts, är positivt relaterat till funktionshinder. Alla våra fyra mått på socioekonomisk position – utbildning, samt tidigare förvärvsinkomst, socialbidragstagande, och arbetslöshet – ger också samma bild. Av naturliga skäl var alla variabler som indikerar någon form av ohälsa, må den innebära en funktionsnedsättning eller ej, positivt associerade med att bli klassificerad som funktionshindrad: längre sjukskrivningsperioder, mottagande av förtidspension, och slutenvårdsbehandling var alla starka prediktorer. För de specifika funktionshinderskoderna som anger typ av funktionsnedsättning fanns också ett starkt samband med relaterade diagnoser vid slutenvårdsbehandling. Slutligen står det klart att det över tid har blivit mer sannolikt att få en funktionshinderskod relaterad till psykiska eller socialmedicinska funktionsnedsättningar samt generella eller specifika inlärings-svårigheter. Vårt att nämna är att dessa grupper under perioden kom att betraktas som prioriterade grupper.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att bli klassificerad eller kodad som funktionshindrad av Arbetsförmedlingen är förknippat med både tidigare hälso- och arbetsmarknadsproblem. I det perspektivet tycks det åtminstone i stor utsträckning vara de mest behövande som också blir klassificerade som funktionshindrade. I vilken utsträckning dessa personer verkligen har en funktions-

nedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga går dock inte avgöra utifrån de data som finns tillgängliga.

Referenser

- Angelov, N. och Eliason, M. (2014). "Factors associated with occupational disability classification", IFAU Working paper 2014:25.
- Arbetsförmedlingen (2010a), Handlägggarstöd för arbete med arbetssökande med generella inlärningssvårigheter, AFII 4/2010.
- Arbetsförmedlingen (2010b), Handlägggarstöd för arbete med arbetssökande med specifika inlärningssvårigheter, AFHS AFII 5/2010.
- Arbetsförmedlingen (2011a), Handlägggarstöd för att arbeta med arbetssökande som har socialmedicinsk problematik, AFHS 4/2011.
- Arbetsförmedlingen (2011b), *Revidering av handlägggarstöd för utredning och kodning av funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga*, AFHS 24/2011.
- Arbetsförmedlingen (2011c), Handlägggarstöd för arbete med personer som har en synnedsättning, AFHS 26/2011
- Arbetsförmedlingen (2011d), Handlägggarstöd för arbete med arbetssökande som har en hörselskada, AFHS 27/2011.
- Arbetsförmedlingen (2011e), Handlägggarstöd för arbete med arbetssökande som är döva/teckenspråkiga, AFHS 28/2011.
- Arbetsförmedlingen (2011f), Handlägggarstöd för arbete med arbetssökande med psykisk funktionsnedsättning, AFHS 60/2011.
- Arbetsförmedlingen (2011g), Handlägggarstöd för arbete med arbetssökande med förvärvad hjärnskada, AFHS 71/2011.
- Arbetsförmedlingen (2011h), Handlägggarstöd för arbete med arbetssökande med funktionsnedsättning i hjärta, kärl eller lungor, AFHS 98/2011.
- Arbetsförmedlingen (2011i), Funktionsnedsättning i rörelseapparaten som kräver förflyttningshjälpmedel (kod 41) och övriga rörelsenedsättningar (kod 42), AFHS 99/2011.
- Arbetsförmedlingen (2011j), Handlägggarstöd vid arbete med arbetssökande med funktionsnedsättning förorsakad av somatiskt relaterade sjukdomar (kod 51), AFHS 100/2011.
- Arbetsförmedlingen (2011k), Handlägggarstöd för arbete med arbetssökande med astma/allergi/överkänslighet (kod 91), AFHS 101/2011.

- Arbetsförmedlingen (2011), *Handläggarstöd om Arbetsförmåga*, AFHS 105/2011.
- Arbetsmarknadsverket (1999), *Handikappkunskap*, Stockholm.
- Bruusgaard, D., L. Smeby och B. Claussen (2010). "Education and disability pension: a stronger association than previously found", *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(7): 686–690.
- Förordning (2001:526), *Förordning om de statliga myndigheternas ansvar för genomförande av funktionshinderspolitiken*.
- Förordning (2000:630), *Förordning om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga*.
- Garsten, C. och K. Jacobsson (2013), "Sorting people in and out: The plasticity of the categories of employability, work capacity and disability as technologies of government", *Ephemera: Theory and Politics in Organization*, 13(4): 825–850.
- Gjesdal, S., P.R. Ringdal, K. Haug och J.G. Mæland (2004), "Predictors of disability pension in long-term sickness absence: Results from a population-based and prospective study in Norway 1994–1999", *The European Journal of Public Health*, 14(4), 398–405.
- Holmqvist, M. (2008), "Creating the disabled person: A case study of recruitment to "work-for-the-disabled" program", *Scandinavian Journal of Disability Research*, 10(3): 91–207.
- Johansson, P. och P. Skedinger (2009), "Misreporting in register data on disability status: evidence from the Swedish Public Employment Service", *Empirical Economics*, 37(2): 411–434.
- Kaye, H.S. (2010), "The impact of the 2007–09 recession on workers with disabilities", *Monthly Labor Review*, 133(10): 19–30.
- Krokstad, S. och S. Westin (2004). Disability in society—medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study", *Social Science & Medicine*, 58(10): 1837–1848.
- Kruse, D. och L. Schur (2003), "Employment of People with Disabilities Following the ADA", *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 42(1): 31–66.
- Leinonen, T., O. Pietiläinen, M. Laaksonen, O. Rahkonen, E. Lahelma och P. Martikainen (2011), "Occupational social class and disability retirement

- among municipal employees-the contribution of health behaviors and working conditions”, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(6): 464–472.
- Pascual, M. och D. Cantarero (2007), ”Socio-demographic determinants of disabled people: An empirical approach based on the European Community Household Panel”, *The Journal of Socio-Economics*, 36(2): 275–287.
- Regeringens proposition (1999/2000:79), *Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*, Socialdepartementet.
- Reinhardt, J.D., M. Wahrendorf och J. Siegrist (2013), ”Socioeconomic position, psychosocial work environment and disability in an ageing workforce: a longitudinal analysis of SHARE data from 11 European countries”, *Occupational and Environmental Medicine*, 70(3): 156–163.
- Samuelsson, Å., K. Alexanderson, A. Ropponen, P. Lichtenstein och P. Svedberg (2012), ”Incidence of disability pension and associations with socio-demographic factors in a Swedish twin cohort”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12): 1999–2009.
- SCB (2009), *Funktionsnedsattas situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008*, Information om utbildning och arbetsmarknad 2009:3, Enheten för arbetskrafts- och arbetsmiljöundersökningar.
- Socialstyrelsen (2003), *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*, Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
- Socialstyrelsen (2013), *Sjudomar i slutenvård 1987–2012*, Sveriges officiella statistik.
- SOU 2003:95, *ArbetsKraft*, Betänkande av Lönebidragsutredningen, Fritzes, Stockholm.
- Støver, M., K. Pape, R. Johnsen, N. Fleten, E.R. Sund, B. Claussen och J.H. Bjørngaard (2012), ”Unemployment and disability pension-an 18-year follow-up study of a 40-year-old population in a Norwegian county”, *BMC Public Health*, 12: 148.
- Zitko Melo, P. och B. Cabieses Valdes (2011), ”Socioeconomic determinants of disability in Chile”, *Disability and Health Journal*, 4(4): 271–282.

Bilaga

Tabell A 1 Beskrivande statistik (andelar i procent) för de arbetssökande med en viss funktionshinderskod (för en beskrivning av koderna se Avsnitt 2.2)

Variabel	Kod 11	Kod 20	Kod 30	Kod 41	Kod 51	Kod 61	Kod 71	Kod 81	Kod 91	Kod 92	Kod 93
Kön											
Kvinna	24,7	49,9	39,5	52,9	56,3	59,4	39,8	16,3	55,2	33,5	38,1
Man	75,3	50,1	60,5	47,1	43,7	40,6	60,2	83,7	44,8	66,5	61,9
Ålder											
18–24 år	2,3	13,7	12,1	3,7	5,8	8,6	43,1	13,1	8,8	37,6	10,6
25–29 år	2,4	11,2	10,3	6,4	8,2	12,8	17,7	16,2	12,3	21,7	13,5
30–34 år	3,5	10,5	12,4	10,2	11,5	14,5	11,8	13,1	13,0	12,8	12,9
35–39 år	5,1	11,9	10,5	14,3	14,8	16,4	9,0	13,3	14,9	9,7	12,8
40–44 år	8,5	13,0	13,8	16,7	16,3	16,6	7,2	14,1	14,6	8,0	11,9
45–49 år	14,2	10,7	11,6	15,5	13,9	13,0	5,2	12,5	12,8	5,2	11,5
50–54 år	20,3	10,7	11,8	14,2	12,5	9,7	3,3	9,7	10,8	3,0	11,4
55–59 år	24,5	10,9	11,5	12,6	11,3	6,4	2,2	6,2	8,6	1,8	11,3
60–64 år	19,4	7,3	6,2	6,4	5,7	2,0	0,6	1,8	4,1	0,3	4,1
In-/utrikes född											
Inrikes född	73,5	74,8	74,0	74,9	77,7	82,4	81,3	79,2	78,3	84,6	85,9
Utrikes född	26,5	25,2	26,0	25,1	22,3	17,6	18,7	20,8	21,7	15,4	14,1
Civilstånd											
Ogift	29,1	47,8	49,3	37,4	42,7	55,8	80,2	68,4	48,6	78,7	55,6
Gift	45,9	36,2	35,1	41,0	37,1	25,1	13,1	10,2	34,0	13,8	30,3
Frånskild	23,3	15,0	14,9	20,4	19,0	18,1	6,5	20,9	16,7	7,2	13,6
Änka/änkeman	1,7	1,0	0,7	1,3	1,2	0,9	0,2	0,6	0,7	0,3	0,5
Barn											
0–6 år	7,2	17,8	15,1	16,5	15,9	14,0	14,9	8,6	20,6	16,8	14,3
7–17 år	21,4	26,3	23,0	34,3	32,3	28,9	17,7	11,6	29,8	18,8	20,9

Variabel	Kod 11	Kod 20	Kod 30	Kod 41	Kod 51	Kod 61	Kod 71	Kod 81	Kod 91	Kod 92	Kod 93
Utbildningsnivå											
Okänd utbildningsnivå	0,3	0,5	0,6	0,2	0,1	0,1	11,0	0,2	0,2	1,2	0,1
Grundskoleutbildning	30,1	18,1	21,0	27,0	24,1	20,0	48,6	44,2	23,5	40,1	20,2
Gymnasieutbildning	56,8	56,5	52,4	62,0	60,8	56,4	38,9	50,5	63,8	52,2	60,1
Eftergymnasial utbildning	12,8	24,8	26,0	10,8	15,0	23,4	1,5	5,1	12,6	6,5	19,5
Sjuk-/ aktivitetsersättning ^a	17,4	20,8	20,9	20,4	18,4	20,9	32,0	3,4	7,6	9,6	37,2
Ekonomiskt bistånd ^b	27,4	29,4	29,9	29,0	31,5	38,3	49,8	80,7	34,0	52,0	24,4
Förvärvsinkomst^b											
0 tkr	10,5	11,6	14,8	9,3	9,3	11,1	16,2	18,6	7,3	9,3	11,1
1–20 tkr	14,1	19,9	22,0	17,8	19,4	24,8	42,0	32,3	19,9	38,3	21,7
21–70 tkr	16,8	18,8	17,2	23,2	23,9	24,7	15,9	23,8	23,8	24,9	22,0
71–150 tkr	24,1	21,7	19,7	27,2	26,3	23,1	13,4	16,2	27,2	17,5	24,0
> 150 tkr	34,5	28,1	26,2	22,5	21,0	16,3	12,5	9,1	21,8	9,9	21,3
Arbetslöshet^b											
0 dagar	28,0	25,8	25,2	24,3	21,1	21,3	22,4	8,5	15,8	11,8	33,6
1-50 dagar	11,8	13,4	12,6	12,6	12,3	16,0	13,8	14,0	11,0	13,8	15,3
51–100 dagar	11,2	11,8	10,2	12,2	11,7	15,0	10,3	14,2	11,2	13,8	12,9
101–200 dagar	19,2	20,2	20,6	21,6	21,1	23,5	20,7	27,5	23,9	26,8	18,2
> 200 dagar	29,9	28,7	31,5	29,2	33,7	24,1	32,8	35,8	38,1	33,8	20,0
Sjukrivning^b											
0 dagar	22,7	49,6	48,7	18,2	23,5	24,2	76,0	53,9	34,8	66,6	27,1
1–30 dagar	9,2	11,0	9,2	6,9	8,7	5,0	8,3	10,4	14,0	10,2	4,4
31–60 dagar	21,7	15,8	15,2	17,6	18,3	13,7	8,4	17,9	23,4	12,7	13,5
61–120 dagar	14,9	8,3	8,8	15,6	14,1	15,1	3,4	8,9	10,4	4,8	13,9
> 120 dagar	31,5	15,2	18,0	41,6	35,3	41,9	3,8	8,9	17,4	5,7	41,0

Variabel	Kod 11	Kod 20	Kod 30	Kod 41	Kod 51	Kod 61	Kod 71	Kod 81	Kod 91	Kod 92	Kod 93
Slutenvård											
Något slutenvårdstillfälle ^a	69,0	34,0	43,4	42,2	48,2	40,9	30,1	49,2	37,1	32,3	68,9
Utskrivningsdiagnos ^{a,c}											
Kap. I	5,5	1,9	3,3	2,9	4,6	2,2	1,6	8,4	2,8	2,1	5,5
Kap. II	6,0	5,0	5,6	4,9	7,8	3,4	1,8	1,7	4,2	1,7	10,7
Kap. III	2,5	0,4	0,9	0,8	2,1	0,5	0,6	0,7	0,7	0,5	1,4
Kap. IV	18,1	1,8	7,2	2,8	7,7	1,9	1,9	1,7	2,2	1,6	7,3
Kap. V	6,6	3,7	4,7	3,9	5,0	18,0	4,5	28,7	3,1	6,2	9,6
Kap. VI	4,6	1,8	3,8	2,8	5,3	1,6	1,6	1,6	1,4	1,3	20,7
Kap. VII	0,7	0,4	14,7	0,4	0,8	0,2	0,2	0,3	0,4	0,2	2,8
Kap. VIII	0,6	5,9	0,5	0,5	0,6	0,3	0,5	0,3	0,2	0,4	1,1
Kap. IX	52,7	2,7	5,6	4,0	6,5	2,2	1,4	2,7	2,3	1,3	26,1
Kap. X	10,0	2,2	2,7	2,9	4,3	2,2	2,6	3,5	6,5	2,8	6,1
Kap. XI	7,8	4,1	4,8	5,6	11,0	4,3	3,4	5,4	5,4	4,2	4,8
Kap. XII	1,2	0,3	1,1	1,0	1,7	0,6	0,6	1,6	2,0	0,5	1,3
Kap. XIII	5,0	2,2	2,2	10,5	5,6	1,6	1,5	2,3	2,2	1,6	4,4
Kap. XIV	4,4	2,8	3,3	4,3	6,3	3,1	2,0	2,0	3,4	2,1	3,8
Kap. XV	2,2	9,2	6,6	8,3	8,9	8,8	9,6	3,1	11,8	8,9	7,0
Kap. XVII	2,5	0,9	1,4	0,5	0,7	0,3	0,8	0,2	0,3	0,4	2,1
Kap. XIX	14,8	9,1	12,5	15,1	13,3	13,7	9,5	25,2	9,0	12,2	31,0

^a Vid något tillfälle under åren $t-5$ to $t-1$.

^b Årsgenomsnitt under åren $t-5$ to $t-1$.

^c Kap. I–XIX refererar till ICD-kapitel. En beskrivande text återfinns i Tabell 3.

IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

Rapporter

- 2014:1** Assadi Anahita ”En profilfråga: Hur använder arbetsförmedlare bedömningsstödet?”
- 2014:2** Eliason Marcus ”Uppsägningar och alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet”
- 2014:3** Adman Per ”Försummas gymnasieskolans demokratiuppdrag? En kvalitativ textanalys av 2009 års svenska gymnasiereform”
- 2014:4** Stenberg Anders och Olle Westerlund ”Utbildning vid arbetslöshet: en jämförande studie av yrkesinriktad och teoretisk utbildning på lång sikt”
- 2014:5** van den Berg Gerard J., Lene Back Kjærsgaard och Michael Rosholm ”Betydelsen av möten mellan arbetslösa och förmedlare”
- 2014:6** Mörk Eva, Anna Sjögren och Helena Svaleryd ”Blir barn sjuka när föräldrarna blir arbetslösa?”
- 2014:7** Johansson Per, Arizo Karimi och J. Peter Nilsson ”Könsskillnader i hur sjukfrånvaro påverkas av omgivningen”
- 2014:8** Forslund Anders, Lena Hensvik, Oskar Nordström Skans, Alexander Westerberg och Tove Eliasson ”Avtalslöner, löner och sysselsättning”
- 2014:9** Engdahl Mattias ”Medborgarskap, arbetsmarknaden och familjebildning”
- 2014:10** Hallberg Daniel, Per Johansson och Malin Josephson ”Hälsoeffekter av tidigarelagd pensionering”
- 2014:11** Karbownik Krzysztof och Sara Martinson ”Svenska högstadie- och gymnasielärares rörlighet på arbetsmarknaden”
- 2014:12** Hägglund Pathric, Per Johansson och Lisa Laun ”Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro”
- 2014:13** Regné Johansson ”Effekter av yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning för deltagare med funktionsnedsättning, 1999–2006”
- 2014:14** Assadi Anahita och Martin Lundin ”Enhetlighet och träffsäkerhet i arbetsmarknadspolitiken: Hur använder arbetsförmedlare statistisk profilering i mötet med den arbetssökande?”
- 2014:15** Edmark Karin, Markus Frölich och Verena Wondratschek ”Hur har 1990-talets skolvalsreformer påverkat elever med olika familjebakgrund?”
- 2014:16** Karimi Arizo ”Sen familjebildning, täta födelseintervall och kvinnors inkomster”
- 2014:17** Eliasson Tove ”Bankanställdas ursprungsland och egenföretagande bland utrikesfödda”

- 2014:18** Ingmanson Staffan ”Fri rörlighet inom den högre utbildningen och tillgång till svenska studiemedel”
- 2014:19** Andersson Elvira, Petter Lundborg och Johan Vikström ”Arbete, löneutbetalningar och mortalitet”
- 2014:20** Sibbmark Kristina ”Arbetsmarknadspolitisk översikt 2013”
- 2014:21** Nordlund Madelene och Mattias Strandh ”Selektivitet och jobbchanser bland arbetslösa”
- 2014:22** Angelov Nikolay och Marcus Eliason ”Vilka arbetssökande kodas som funktionshindrade av Arbetsförmedlingen?”
- 2014:23** Angelov Nikolay och Marcus Eliason ”Friställd och funktionsnedsatt”
- 2014:24** Angelov Nikolay och Marcus Eliason ”Lönebidrag och skyddat arbete: en utvärdering av särskilda insatser för sökande med funktionshinder”

Working papers

- 2014:1** Vikström Johan “IPW estimation and related estimators for evaluation of active labor market policies in a dynamic setting”
- 2014:2** Adman Per “Who cares about the democratic mandate of education? A text analysis of the Swedish secondary education reform of 2009”
- 2014:3** Stenberg Anders och Olle Westerlund “The long-term earnings consequences of general vs. specific training of the unemployed”
- 2014:4** Boye Katarina “Can you stay at home today? The relationship between economic dependence, parents’ occupation and care leave for sick children”
- 2014:5** Bergemann Annette och Gerard J. van den Berg “From giving birth to paid labor: the effects of adult education for prime-aged mothers”
- 2014:6** van den Berg Gerard J., Lene Kjærsgaard och Michael Rosholm “To meet or not to meet, that is the question – short-run effects of high-frequency meetings with case workers”
- 2014:7** Avdic Daniel, Petter Lundborg och Johan Vikström “Learning-by-doing in a highly skilled profession when stakes are high: evidence from advanced cancer surgery”
- 2014:8** Mörk Eva, Anna Sjögren och Helena Svaleryd “Parental unemployment and child health”
- 2014:9** Johansson Per, Arizo Karimi och J. Peter Nilsson “Gender differences in shirking: monitoring or social preferences? Evidence from a field experiment”
- 2014:10** Eliasson Tove och Oskar Nordström Skans “Negotiated wage increases and the labor market outcomes of low-wage workers: evidence from the Swedish public sector”

- 2014:11** Engdahl Mattias “Naturalizations and the economic and social integration of immigrants”
- 2014:12** Hallberg Daniel, Per Johansson och Malin Josephson “Early retirement and post-retirement health”
- 2014:13** Karbownik Krzysztof “The determinants of teacher mobility in Sweden
- 2014:14** Karbownik Krzysztof “Job mobility among high-skilled and low-skilled teachers”
- 2014:15** Karbownik Krzysztof “Do changes in student quality affect teacher mobility? Evidence from an admission reform”
- 2014:16** Edmark Karin, Markus Frölich och Verena Wondratschek “Sweden’s school choice reform and equality of opportunity”
- 2014:17** Karimi Arizo “Effects of the timing of births on women’s earnings – evidence from a natural experiment”
- 2014:18** Karimi Arizo “The spacing of births and women’s subsequent earnings – evidence from a natural experiment”
- 2014:19** Eliasson Tove “Immigrant entrepreneurship and the origin of bankers”
- 2014:20** Johansson Per, Lisa Laun och Märten Palme “Pathways to retirement and the role of financial incentives in Sweden”
- 2014:21** Andersson Elvira, Petter Lundborg och Johan Vikström “Income receipt and mortality – evidence from Swedish public sector employees”
- 2014:22** Felfe Christina och Rafael Lalive “Does early child care help or hurt children’s development?”
- 2014:23** Nordlund Madelene och Mattias Strandh “The relation between economic and non-economic incentives to work and employment chances among the unemployed”
- 2014:24** Mellander Erik “Transparency of human resource policy”
- 2014:25** Angelov Nikolay och Marcus Eliason “Factors associated with occupational disability classification”
- 2014:26** Angelov Nikolay och Marcus Eliason “The differential earnings and income effects of involuntary job loss on workers with disabilities”
- 2014:27** Angelov Nikolay och Marcus Eliason “The effects of targeted labour market programs for job seekers with occupational disabilities”

Dissertation series

- 2013:1** Vikman Ulrika “Benefits or work? Social programs and labor supply”
- 2013:2** Hanspers Kajsa “Essays on welfare dependency and the privatization of welfare services”

- 2013:3** Persson Anna “Activation programs, benefit take-up, and labor market attachment”
- 2013:4** Engdahl Mattias “International mobility and the labor market”