

Kvinnor, män och sjukfrånvaro

om könsskillnader i sjukskrivning,
förtidspensionering och rehabilitering

Sammanfattning

Med största sannolikhet är det redan kända faktorer, som t.ex. arbetsmiljön, som förklarar att kvinnor har betydligt högre sjukfrånvaro än män. Mekanismerna bakom kvinnornas högre sjukfrånvaro har troligtvis förstärkts ytterligare under senare delen av 1990-talet. Ett exempel på detta är att den försämrade arbetsmiljön inom den offentliga sektorn med verksamheter som vård, omsorg och skola, där kvinnorna är kraftigt överrepresenterade.

Enheten för utredning
Maj 2001

Upplysningar:
Ulrik Lidwall
tel 08-786 97 26
ulrik.lidwall@rfv.sfa.se

I serien RFV REDOVISAR publicerar Riksförsäkringsverket sammanställningar av resultat av

- utrednings- och utvärderingsarbete
- uppföljnings- och konferensverksamhet

I utrednings- och forskningsarbete analyseras och bedöms socialförsäkringens effekter för individ och samhälle.

Försäkringsanalys går ut på att kontinuerligt och systematiskt samla in, sammanställa och analysera all kunskap om socialförsäkringen.

I vissa slag av rapporter i denna serie kan det förekomma uttalanden som pekar på behovet av nya eller ändrade författningsbestämmelser eller rekommendationer på något område. Med anledning av sådana uttalanden tar Riksförsäkringsverket sedan i särskild ordning upp frågan om att ge ut nya eller ändrade författningar och allmänna råd på området. Uttalanden i rapporterna har således ingen självständig ställning som går utöver innehållet i gällande författningar och allmänna råd.

Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

| | |
|--------------------------------|---|
| RFV Föreskriver (RFFS) | Författningar med bindande föreskrifter |
| RFV Rekommenderar (RAR) | Allmänna råd om tillämpningen av författningar |
| RFV Vägledning | Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer |
| RFV Analyserar | Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete samt av uppföljnings- och konferensverksamhet. |
| RFV Anser | Tolkningar av rättsläget och uttalande om verkets åsikt i olika frågor |
| RFV Informerar | Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis. |
| RFV Redovisar | Försäkringsanalyser och rapporter med mer begränsade frågeställningar. |

Kvinnor, män och sjukfrånvaro

– om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering

Inledning

Denna översikt fokuserar på möjliga orsaker till skillnaderna mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Översikten baserar sig i första hand på det forsknings- och utredningsarbete som bedrivits av Riksförsäkringsverket inom området. De studier som här refereras har använt datamaterial från sent 1980-tal eller första hälften av 1990-talet. En liknande översiktsstudie har tidigare gjorts i Marklund m.fl. (1998).

Kvinnorna i Sverige deltar i mycket hög utsträckning i arbetslivet. År 1999 var andelen förvärvsarbetande (sysselsättningsgraden) kvinnor 74 procent jämfört med 79 procent bland männen.¹ Villkoren på *arbetsmarknaden* skiljer sig dock mycket åt mellan kvinnor och män. Några betydelsefulla skillnader är att²:

- kvinnor har lägre arbetskraftsdeltagande (78 procent jmf. med 84 procent bland männen)
- kvinnor i högre utsträckning arbetar deltid (26 procent jmf. med 7 procent bland männen)
- kvinnor i högre utsträckning har tidsbegränsade anställningar, framförallt vikariat
- kvinnor i lägre utsträckning är egna företagare
- kvinnor i hög utsträckning arbetar i offentlig sektor (främst kommun och landsting)
- kvinnor i högre grad rapporterar en sämre fysisk och psykosocial arbetsmiljö (i arbetsmiljöundersökningar)
- kvinnor i högre grad är frånvarande från arbetet på grund av sjukdom och vård av barn

Flera tidigare studier har också visat att risken för *långvarig sjukskrivning* är större för kvinnor än för män. Risken har beräknats vara 20-30 procent högre för kvinnor än för män (Marklund 1995a och Marklund & Lidwall 1997). Det finns dock inga dramatiska skillnader mellan kvinnor och män när det gäller vilka faktorer som ökar risken för långtidssjukskrivning (Marklund 1995a).

Bland individer som blivit långvarigt sjukskrivna finns det vad gäller *friskskrivning* eller *förtidspensionering* heller inga skillnader mellan könen. Det betyder inte att det inte finns skillnader i hur kvinnors och mäns sjukskrivningar utvecklar sig. Men de skillnader som finns mellan könen beror i stor utsträckning på andra faktorer som sjukdomsdiagnos och yrkesförhållanden (Lidwall 1997).

Flera tidigare studier har också visat att risken för *långvarig sjukskrivning* ökar med åldern. Ett intressant faktum är att ålderseffekten är starkare för kvinnor vilket alltså betyder att stigande ålder ännu mer tydligt ökar sjukskrivningsrisken bland kvinnorna (Marklund 1995a).

¹ Källa: SCB:s arbetskraftsundersökningar AKU

² Källa: SCB *På tal om Kvinnor och Män. Lathund om jämställdhet 2000.*

Skillnader i diagnosfördelning

Det finns också skillnader i fördelningen över olika typer av *diagnoser* mellan kvinnor och män. Ett av skälen till kvinnornas högre sjukskrivning är sjukdomar i samband med *graviditeter*. Omkring 10 procent av kvinnornas *långvariga sjukskrivningar* orsakas av graviditetskomplikationer. För kvinnor under 30 år orsakas hela 35 procent av de långvariga sjukfallen av komplikationer i samband med graviditet (Riksförsäkringsverket 1994b). Det är bland kvinnorna också betydligt vanligare med sjukskrivningar för uro- genitalorganens sjukdomar (Riksförsäkringsverket 1996a).

I tabell 1 visas fördelningen i pågående sjukskrivningar hösten 1999 i olika diagnosgrupper. I kolumnen Kvinnor/Män visas relationen mellan kvinnornas och männens procentandelar. Är relationen 1,00 är andelen kvinnor med sjukdomen lika med andelen män med sjukdomen. Inom gruppen tumörer är relationen 1,55 vilket innebär att andelen kvinnor sjukskrivna för tumörer är högre än för män. Inom de flesta sjukdomsgrupper är andelarna relativt jämbördiga. Flera tydliga skillnader finns dock.

Tabell 1 **Diagnosfördelning för kvinnor och män i pågående sjukskrivningar 4:e september 1999**

| <i>Diagnosgrupp</i> | <i>Kvinnor</i> | <i>Män</i> | <i>Kvinnor/Män^a</i> |
|---|----------------|------------|--------------------------------|
| Sjukdomar i rörelseorganen | 48,2 | 45,6 | 1,06 |
| Därav | | | |
| Besvär i nacke/axlar | 15,2 | 12,0 | 1,27 |
| Ländryggsbesvär | 10,2 | 14,6 | 0,70 |
| Reumatism/ledsjukdom | 6,8 | 3,7 | 1,84 |
| Övriga sjukdomar i rörelseorganen | 16,0 | 15,3 | 1,05 |
| Psykiska störningar | 22,1 | 18,5 | 1,19 |
| Därav | | | |
| Missbruk/ beroende av alkohol eller droger | 0,5 | 2,0 | 0,25 |
| Psykisk sjukdom (utom missbruk/beroende) | 6,0 | 5,3 | 1,13 |
| Psykiska besvär/ insuff. mm | 15,6 | 11,2 | 1,39 |
| Kompl. i samband med förlossning/graviditet | 2,9 | – | ∞ |
| Astma och övr. sjukdomar i andningsorganen | 1,6 | 2,2 | 0,73 |
| Hudsjukdom | 0,9 | 0,7 | 1,29 |
| Hjärt- och kärlsjukdom | 3,5 | 9,7 | 0,36 |
| Annan fysisk sjukdom | 13,7 | 13,9 | 0,99 |
| Skador/förgiftningar mm | 2,5 | 6,2 | 0,40 |
| Tumörsjukdomar | 4,8 | 3,1 | 1,55 |
| Summa | 100 | 100 | |

^aAndelen kvinnor med diagnosen dividerat med andelen män med diagnosen

Källa: 4:e septemberundersökningen av pågående sjukskrivningar (Dnr 9161/99-430)

Inom gruppen rörelseorganens sjukdomar är det bland kvinnorna betydligt vanligare med sjukskrivningar för besvär i nacke och axlar samt ledsjukdomar. Bland männen är det istället ländryggsbesvären som dominerar. Risken för förtidspensionering är till exempel betydligt högre inom diagnoskategorin *fibromyalgi och andra sjukdomar i mjukvävnaderna*, vilka i huvudsak drabbar kvinnor, än i andra typer av sjukdomar (Bergendorff m.fl. 1997).

Intressanta skillnader finns också inom gruppen psykiska störningar, se tabell 1. Andelen kvinnor med psykiska störningar är numer större än andelen män med psykiska störningar. Inom gruppen ses också att missbruksproblematik är vanligare bland männen. Psykiska störningar av lättare art såsom psykisk insufficiens och andra neuroslänkande tillstånd är betydligt vanligare bland kvinnorna än bland männen.

I en tidigare fördjupningsstudie har det också visat sig att för både kvinnor och män som är långvarigt sjukskrivna, har en *sammansatt psykosocial problematik* med inslag av arbetslöshet, missbruk, psykisk störning och social isolering, stor betydelse för risken för förtidspensionering. Motsvarande företeelser tagna var för sig har betydligt beskedligare inverkan på risken för förtidspensionering. En sådan sammansatt psykosocial problematik är dock mer betydelsefull och mer vanligt förekommande bland männen än bland kvinnorna. Bland kvinnorna var i början av 1990-talet ungefär 5 procent av de långvarigt sjukskrivna tungt psykosocialt belastade. Bland männen var motsvarande siffra 9 procent (Riksförsäkringsverket 1996b).

Yrke, utbildning och arbetsmiljö

Tidigare studier från RFV har också visat att risken för långvarig sjukskrivning är högre för individer med dålig *fysisk och psykosocial arbetsmiljö* (Riksförsäkringsverket 1990). Både kvinnor och män med *arbetaryrken* har högre risk för långvarig sjukskrivning i jämförelse med individer med tjänstemannayrken. För kvinnorna finns det dock en högre risk också hos de lägre tjänstemännen (Marklund 1995a). Det förefaller också som om kvinnor i typiska arbetaryrken är mer belastade än män i dessa yrken (Marklund 1995a). Exempelvis har kvinnor som arbetar i yrken med hög stress, det vill säga små möjligheter att påverka arbetets utformning i kombination med höga krav, kraftigt lägre chans att bli friskskrivna jämfört med kvinnor i jobb med lägre krav och kvinnor i jobb som innebär större möjligheter att påverka sitt eget arbete (Marklund 1995b).

Andra studier har också visat att skillnader i *socioekonomiska förhållanden och yrkesförhållanden* är mycket viktiga när det gäller förklara förtidspensionering bland långvarigt sjukskrivna kvinnor. Kvinnor som är sysselsatta i tillverkningsarbeten har en kraftig överrisk för förtidspensionering jämfört med kvinnor inom andra yrken (Riksförsäkringsverket 1996b).

För kvinnorna har också *utbildningsnivån* en relativt stor betydelse. Kvinnor med utbildning motsvarande endast grundskola löper större risk för förtidspensionering än långvarigt sjukskrivna kvinnor med högre utbildning (Riksförsäkringsverket 1995 och Marklund 1995b). Utbildningen i sig kan dock vara av mindre betydelse. Utbildningsnivån kan istället vara ett uttryck för att lågutbildade kvinnor i jämförelse med lågutbildade män har varit hänvisade till ett smalare spektrum av yrken på arbetsmarknaden med mindre utvecklingsmöjligheter och sämre fysisk och psykosocial arbetsmiljö.

Familjeförhållanden

Tesen om att en del av skillnaderna mellan mäns och kvinnors ohälsa kan ha ett samband med att kvinnorna har ett tyngre ansvar för hem och barn finns också bekräftat. Kvinnor med hemmavarande *förskolebarn* har en dubbelt så hög sjukskrivningsrisk jämfört med kvinnor utan hemmavarande barn, medan kvinnor med tonåringar har en lägre sjukskrivningsrisk (Marklund 1995a). För männen finns inga sådana fastställda skillnader. Liknande mönster har framträtt i en studie av friskskrivning i påbörjade sjukfall där det visat sig att kvinnors återgång i arbete är sämre ju fler barn de har. Bland männen är detta mönster snarare omvänt. Bland männen är återgången i arbete också högre bland gifta än bland ogifta medan det omvända gäller bland kvinnorna (Riksförsäkringsverket 1994a). Det har också visat sig att kvinnornas återgång i arbete är sämre om sambon är sjukskriven eller förtidspensionerad (Riksförsäkringsverket 1995). Sammantaget indikerar dessa resultat att arbetsfördelningen i hemmet kan ha betydelse för att förklara varför kvinnor har en betydligt högre sjukfrånvaro. Det är dock fortfarande en öppen fråga vilken betydelse som kvinnors mer omfattande hemarbete har för hälsan. En möjlig alternativ hypotes är att arbetsfördelningen i hemmet leder till att kvinnorna i högre grad arbetar deltid och i högre grad är hänvisade till yrken som är mer utsatta ur arbetsmiljösynpunkt. Effekten av många kvinnors svagare positioner på arbetsmarknaden blir då en högre sjukfrånvaro bland kvinnor.

Arbetsfördelningen i hemmet och kvinnornas svagare positioner på arbetsmarknaden skulle också kunna förklara varför bedömningen av arbetsförmåga vid sjukbidrag och förtidspensionering ger ett annorlunda utfall för kvinnor än för män. Kvinnor får visserligen sjukbidrag och förtidspension i högre grad än männen men dessa förmåner är i högre utsträckning partiella. I Marklund m.fl. (1998) framförs därför hypotesen om att det kan vara så att det vid bedömningen av kvinnors restarbetsförmåga tas hänsyn till hemarbete medan bedömningen i männens fall endast görs i relation till förvärvsarbete.³

Arbetslivsinriktad rehabilitering

En enkel jämförelse mellan könen visar att kvinnor och män är föremål för åtgärder i lika stor omfattning. När det gäller olika typer av åtgärder finns det dock tydliga skillnader mellan könen. Männen får i högre grad *utredning* och *utbildning* medan kvinnorna oftare får *arbetsträning*, se tabell 2. Rent allmänt kan sägas om de tre kategorierna av åtgärder att arbetsträningen kan betecknas som den minst kostsamma och ambitiösa åtgärden eftersom den ofta innebär att den sjukskrivne i begränsad omfattning arbetar på sin tidigare arbetsplats. Arbetsträningen är också den åtgärd som i flera studier visat sig ha sämst möjligheter att är leda till återgång i arbete. Detta är inte förvånande eftersom besvären ofta kan hänföras just till arbetsplatsen. Utredning innebär istället ett mer ingående arbete med att ta reda på den sjukskrivnes arbetsmiljö, arbetsförmåga och möjligheterna att ta till vara på denna i nuvarande eller annat arbete. Utbildningen slutligen är ofta den mest kostsamma åtgärden som innebär att den sjukskrivne ges kompetens som kan ge nya möjligheter på arbetsmarknaden. Utbildningar på över ett år kan dock inte bekostad av försäkringskassan. Utbildningsåtgärderna leder oftast till återgång i arbete.

De skillnader som finns mellan kvinnors och mäns rehabilitering skulle till viss del kunna förklaras av de förhållanden som råder på den kraftigt könssegregerade arbetsmarknaden. Männen arbetar i högre utsträckning inom den konkurrensutsatta privata sektorn medan kvinnorna i högre grad arbetar inom den *offentliga sektorn*.⁴ Männen har generellt också en betydligt starkare anknytning till arbetsmarknaden än kvinnorna. Kvinnorna förvärvsarbetar i lägre utsträckning än männen och arbetar deltid i betydligt större utsträckning än männen. Bland de långvarigt sjukskrivna kvinnorna är också en större andel, än bland männen, sysselsatta i yrken med låga utbildningskrav. I RiksLS-materialet som omfattar ett urval av långvarigt sjukskrivna åren 1991-1994 var 50 procent av kvinnorna sysselsatta i yrken som kräver mindre än 2 års gymnasieutbildning. Motsvarande siffror bland männen var 38 procent (Edlund & Lidwall 1997).

En annan studie har visat att det inte är könstillhörigheten i sig som har betydelse för vilken typ av åtgärd som påbörjas. Istället är det faktorer som t.ex. ålder, diagnos, tidigare rehabilitering, yrkestillhörighet och förvärvsregion som förklarar varför kvinnor ofta får andra typer av åtgärder än män (Andersson & Lidwall 1997).

Dock kan det vara så att arbetsrehabiliteringens uppbyggnad traditionellt sett i högre grad varit anpassad efter männens behov än kvinnornas. En indikation på detta är de skillnader i attityder till försäkringskassans service som finns mellan kvinnor och män. Generellt sett är kvinnor mer positivt inställda till försäkringskassans service än män. Detta gäller dock inte inom ohälsoområdet. Möjligtvis förklaras det av männen, med sin starkare förankringen på arbetsmarknaden, kan sägas utgöra *norm* inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (Riksförsäkringsverket 1998).

En ytterligare indikation på att mannen har utgjort norm inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att den sjukskrivnes *motivation* har också visat sig ha stor betydelse för om rehabiliteringsåtgärder kommer igång. Motivation mätt som förekomst av egna

³ Marklund m.fl. (1998) s.70.

⁴ Det 1:a kvartalet 1999 var inom privat sektor endast 36 procent av de sysselsatta kvinnor (SCB Statistisk årsbok 2000 tab.250).

rehabiliteringsförslag, är mycket viktig för möjligheten att få åtgärd. Denna faktor har emellertid större betydelse för männen än för kvinnorna, trots att kvinnorna i samma utsträckning som männen lämnar egna åtgärdsförslag. Det skulle kunna vara så att männens förslag tas på större allvar, eftersom de har en starkare ställning på arbetsmarknaden och därmed har mer att förlora än kvinnorna på att inte komma tillbaka i arbete. Det kan också vara så att männens förslag har ett annat innehåll än kvinnornas och är lättare att tillgodose med hjälp av de åtgärder som finns till hands (Andersson & Lidwall 1997).

Tabell 2 Åtgärdsstyper fördelat per kön. LS och RiksLS (1986-1994). Procentandelar.

| Kön | Utredning | Utbildning | Arbetsträning | Övrigt | Summa(n) |
|---------|-----------|------------|---------------|--------|-----------|
| Män | 31 | 17 | 50 | 2 | 100(523) |
| Kvinnor | 26 | 11 | 61 | 2 | 100(669) |
| Totalt | 28 | 14 | 56 | 2 | 100(1192) |

Källa: Edlund & Lidwall (1997)

Det är möjligt att det sätt varpå rehabiliteringsarbetet är uppbyggt med den starka kopplingen till arbetsplatserna gynnar fler män än kvinnor. Kvinnorna arbetar i högre grad deltid och har därmed en sämre plattform för sina strävanden att upprätthålla kontakten med arbetsmarknaden. Man skulle därmed kunna hävda att rehabiliteringen i högre grad gynnar män än kvinnor, eller mer korrekt uttryckt: rehabiliteringen gynnar en större grupp män än kvinnor (Andersson & Lidwall 1997).

Det har också konstaterats att sjukskrivna med *fibromyalgi* och liknande hälsoproblem i hög utsträckning får arbetsträning. Eftersom fibromyalgi och liknande diagnoser domineras av kvinnor finns här en tydlig könsskillnad. Skillnaderna mellan kvinnor och män när det gäller förekomsten av olika åtgärdsstyper kan till viss del härledas till denna sjukdomsdiagnos. Visserligen kommer arbetsutövningen igång tidigare än för de flesta andra sjukdomar men det är tveksamt om det är en adekvat rehabiliteringsåtgärd för att möjliggöra en varaktig återgång i arbete (Andersson & Lidwall 1997).

En annan studie visade att fibromyalgi och liknande sjukdomar har 40 procent lägre chans till friskskrivning jämfört med genomsnittet för alla diagnoser. Den arbetsträning som ofta vidtas för dessa sjukskrivna leder således relativt sällan till positiva rehabiliteringsresultat och utredande rehabiliteringsåtgärder slutar ofta med förtidspensionering (Bergendorff m.fl. 1997).

Sett till olika yrken bland de långvarigt sjukskrivna dominerar män kraftigt bland varuproducerande arbetare medan kvinnorna dominerar bland arbetarna inom tjänstesektorn. Det finns också en tydlig skillnad i vilken typ av åtgärd som blir aktuell i dessa båda grupper. De facklärdade arbetarna inom varuproduktion, som i hög utsträckning är män, har dubbelt så stor chans att få utredande åtgärder som övriga grupper. De icke facklärdade tjänsteproducerande arbetarna, som i hög utsträckning är kvinnor, har 40 procent större chans att få arbetsträning än andra (Andersson & Lidwall 1997). Det finns således klara indikationer på att icke facklärdade arbetare inom tjänstesektorn blir föremål för mindre ambitiösa rehabiliteringsåtgärder än facklärdade arbetare inom varuproduktion. Genom att kvinnorna dominerar i båda grupperna blir en större grupp kvinnor än män föremål för mindre ambitiösa åtgärder i form av arbetsträning (Andersson & Lidwall 1997).

En mer generellt formulerad hypotes avseende skillnaderna i rehabilitering mellan män och kvinnor är att det med dagens inriktning och uppläggning av rehabiliteringsarbetet är svårt att rehabilitera individer med en svag ställning på arbetsmarknaden. Dessutom är dessa individer ofta hänvisade till arbeten med sämre arbetsmiljö och små möjligheter att påverka sin arbetssituation och löper därmed större risk att bli långvarigt sjukskrivna (Edlund & Lidwall 1997).

Sammanfattande slutsatser

Under 1990-talets senare år, då sjukfrånvaron har stigit kraftigt och könsskillnaderna i sjukfrånvaro ytterligare har accentuerats, saknas tyvärr datamaterial för mer ingående studier.⁵ Trots bristen på dagsaktuella studier är det med största sannolikhet redan kända faktorer som förklarar kvinnornas betydligt högre sjukfrånvaro. Emellertid kan mekanismerna bakom kvinnornas högre sjukfrånvaro ha förstärkts ytterligare under senare delen av 1990-talet. Ett exempel på detta är att den försämrade arbetsmiljön inom den offentliga sektorn med verksamheter som vård, omsorg och skola, där kvinnorna är överrepresenterade, kraftigt kan ha ökat ohälsan bland kvinnorna.

Tidigare genomförda studier tyder på att könsskillnaderna i ohälsa kan förklaras av att kvinnorna har betydligt *svagare positioner på arbetsmarknaden*. De svagare positionerna innebär att de i högre utsträckning än männen arbetar i dåliga fysiska och psykosociala arbetsmiljöer vilket i sin tur leder till högre sjukfrånvaro. Kvinnornas svagare positioner på arbetsmarknaden gör dem också svårare att rehabilitera tillbaka till arbete.

Det är också möjligt att kvinnor generellt sett har en betydligt större total arbetsbörda än män genom ett större ansvar för hem, barn och omsorg om andra anhöriga. Den större arbetsbördan för kvinnor skulle kunna utgöra en hälsofara, särskilt för ensamstående kvinnor med barn. Men den traditionella arbetsfördelningen i hemmet kan också vara en bidragande förklaring till varför kvinnor hamnar i svagare positioner på arbetsmarknaden.

⁵ Från och med år 2000 kommer dock årligen återkommande datainsamlingar avseende sjukskrivningar att genomföras i den så kallade RFV-LS undersökningen.

Referenser

- Andersson C & Lidwall U (1997) *Vilka får arbetslivsinriktad rehabilitering?* I Marklund S (red.) Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. RFV Redovisar 1997:6
- Bergendorff S m.fl. (1997) *Resultat av arbetslivsinriktad rehabilitering och köp av tjänst.* I Marklund S (red.) Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. RFV Redovisar 1997:6
- Edlund T & Lidwall U (1997) *Vilken arbetslivsinriktad rehabilitering erbjuds?* I Marklund S (red.) Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. RFV Redovisar 1997:6
- Lidwall U (1997) *Friskskrivning, förtidspensionering och sammansatta riskfaktorer.* I Marklund S (red.) Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. RFV Redovisar 1997:6.
- Marklund S m.fl. (1998) *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.* I *En socialförsäkring för kvinnor och män.* RFV Redovisar 1998:16
- Marklund S (1995a) *Vilka blir långtidssjuka?* I Marklund S (red.) Rehabilitering i ett samhällsperspektiv. Studentlitteratur Lund 1995
- Marklund S (1995b) *Vilka långtidssjuka blir rehabiliterade?* I Marklund S (red.) Rehabilitering i ett samhällsperspektiv. Studentlitteratur Lund 1995
- Marklund S & Lidwall U (1997) *Vilka blir långvarigt sjukskrivna?* I Marklund S (red.) Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. RFV Redovisar 1997:6
- Riksförsäkringsverket (1990) *Långvarig sjukskrivning under olika arbetsförhållanden - En studie av dess omfattning och förlopp.* RFV Redovisar 1990:14
- Riksförsäkringsverket (1994a) *Friskskrivningen i Sverige under åren 1987-1993.* RFV Redovisar 1994:2
- Riksförsäkringsverket (1994b) *En studie av rehabiliteringsarbetet på försäkringskassan.* RFV Redovisar 1994:5
- Riksförsäkringsverket (1995) *Arbetslöshetens betydelse för friskskrivning och förtidspensionering.* RFV Redovisar 1995:10
- Riksförsäkringsverket (1996a) *Sjukfrånvarons diagnoser och avslutningar.* RFV Redovisar 1996:3
- Riksförsäkringsverket (1996b) *Långvarigt sjukskrivna - Arbetslöshet och sammansatta riskfaktorer.* RFV Redovisar 1996:14
- Riksförsäkringsverket (1998) *Kvinnor och män tycker om service – En genderanalys av försäkringskassans kundundersökning.* RFV Redovisar 1998:9
- Riksförsäkringsverket (1999) *4:e septemberundersökningen av pågående sjukskrivningar – en jämförelse mellan 1998 och 1999.* Riksförsäkringsverket Dnr: 9161/99-430

Följande RFV Redovisar har publicerats på intranäten under år 2001

2001:1 Socialförsäkringar, jämställdhet och ekonomisk tillväxt

2001:2 Utveckling av närståendepenning under 1990-talet

2001:3 Delpensionärerna - Vilka är de? en statistisk översikt