

Påverkar folkhälsan utnyttjandet av sjukersättningen?

**LISA JÖNSSON,
MÅRTEN PALME
OCH INGEMAR
SVENSSON**

Lisa Jönsson är doktorand i nationalekonomi vid Nationalekonomiska institutionen vid Stockholms universitet.

Lisa.Jonsson@ne.su.se

Mårten Palme är professor i nationalekonomi vid Nationalekonomiska institutionen vid Stockholms universitet.

Marten.Palme@ne.su.se

Ingemar Svensson är fillic i nationalekonomi och verksam vid Pensionsmyndigheten i Stockholm. ingemar.svensson@pensionsmyndigheten.se

Denna artikel är en koncentrerad version av en del av Jönsson, Palme och Svensson (2010), som i sin tur är en del av ett internationellt forskningsprojekt om hur olika inkomsttrygghetssystem påverkar arbetskraftsdeltagandet bland äldre i arbetskraften.

Detta forskningsprojekt leds av David Wise och National Bureau of Economic Research.

Vi studerar hur utnyttjandet av sjukersättningen och förtidspensionen påverkas av förändringar i folkhälsan. Vi använder tre olika mått på hälsa i åldersgrupperna 45–54, 55–59 och 60–64 uppdelat på kvinnor och män. Vi finner att utnyttjandet av sjukersättningen i flera grupper under långa perioder förefaller tämligen opåverkat av utvecklingen av folkhälsan. Den starka nedgången i utnyttjandet av sjukförsäkringen i gruppen män 60–64 år på senare år kan dock, åtminstone delvis, förklaras av en hälsoförbättring. Uppgången i utnyttjandet av försäkringen bland kvinnor i åldersgruppen 45–54 fram till mitten av första decenniet på 2000-talet kan till en del hänföras till sämre hälsa.

I en internationell jämförelse har Sverige en mycket lång historia av statligt stöd till dem som av hälsoskäl permanent förlorat förmågan till egen försörjning genom arbete. Redan 1914 infördes det första allmänna pensionsystemet som inkluderade en invalidpension. Förmånen har sedan dess bytt namn; först till förtidspension i och med ATP-systemets införande i början på 1960-talet; sedan till sjukersättning, eller för de yngre (mellan 19 och 29 år), aktivitetsersättning, år 2003 då försäkringen flyttades från det allmänna pensionssystemet till sjukförsäkringssystemet i samband med pensionsreformen.

Som det första namnbytet antyder vidgades syftet med försäkringen från att ursprungligen ha varit en ren försäkring mot inkomstbortfall vid invaliditet till att även innehålla inslag av ett system för möjligheter till tidigare pensionering för dem som med stigande ålder inte orkade med kraven på arbetsmarknaden. Det senaste namnbytet markerar en återgång till tanken om en försäkring mot ohälsa. Att ”pension” bytts ut mot ”ersättning” indikerar dessutom att förmånen inte nödvändigtvis är livslång.

Under perioden 1972 till 1991 blev äldre långtidsarbetslösa – ursprungligen äldre än 63 år och från 1974 äldre än 60 år – berättigade till förtidspension på rent arbetsmarknadsmässiga grunder efter att de hade utförsäkrats från arbetslöshetskassan. Under perioden 1970 till 1996 gällde också särskilda äldre regler för denna åldersgrupp. Dessa innebar en mildare bedömning vid prövning av rätten till förtidspension för den som av medicinska skäl inte längre orkade arbeta. Det fanns inga krav på att äldre arbetare skulle genomgå rehabiliteringsprogram eller omskolningskurser och även hälsoproblem orsakade av normalt åldrande berättigade till förtidspension. För samtliga åldersgrupper gällde under denna period även att hänsyn kunde tas till individens faktiska möjligheter att få ett jobb. Sedan 1997 har en

medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan varit den enda bedömningsgrunden för att bli berättigad till förmånen.

I denna uppsats undersöker vi om det finns ett samband mellan utnyttjandet av sjukersättningen och förändringar i folkhälsan över tid. Vi använder tre olika mått på folkhälsa: mortalitet, självupplevd hälsa samt diagnoser för olika hälsoneadsättningar. Källan för de senare två måtten är successiva årgångar av SCBs undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) samt diagnosspecifik slutenvårdsdata från Socialstyrelsens Patientregister. Vi studerar kvinnor och män i tre åldersgrupper: 45–54 år, 55–59 år och 60–64 år.

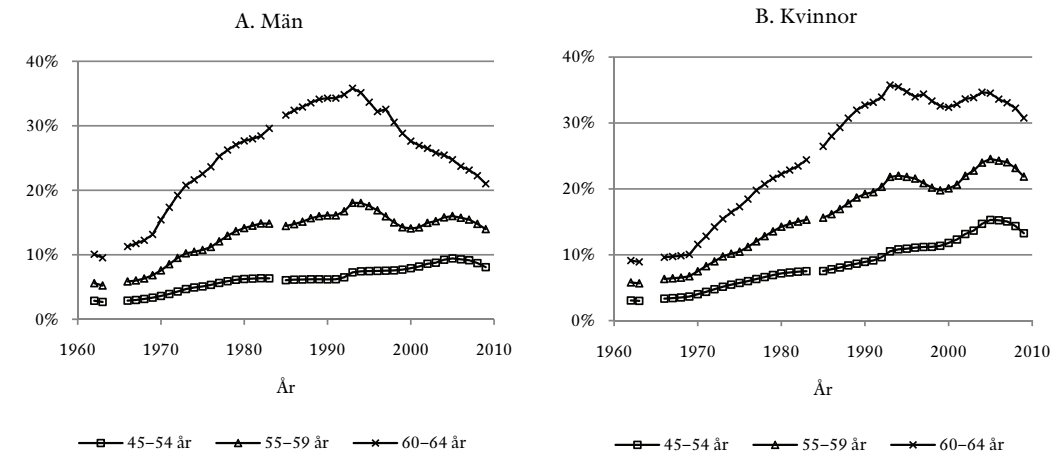
Det finns åtminstone två olika motiv för att intressera sig för sambandet mellan folkhälsan och utnyttjandet av sjukersättningen. För det första är det ett sätt att utvärdera hur systemet har fungerat. Som vi beskrev ovan har det under den största tiden och för de flesta åldersgrupperna främst varit hälsoproblem som berättigat till förmåner från sjukersättningen. Om hälsoproblem bedömts på ett konsistent sätt över tid och reglerna för värdering av hälsoproblem varit konstanta, så skulle inget annat än förändringar i folkhälsan kunna generera förändringar i den andel som berättigas till förmåner. För det andra är det ett sätt att göra prognoser om det framtida utnyttjandet av systemet och därmed deltagandet i arbetskraften bland framför allt äldre arbetare. Om det finns en nära relation mellan folkhälsan och utnyttjandet av sjukersättningen kan vi vänta oss ett ökat arbetskraftsdeltagande bland äldre, med förbättrade kostvanor och utvecklingen av medicinsk teknik som troligen kommer att förbättras i framtiden.

1. Utvecklingen av prevalensen och incidensen av sjukersättning

Figur 1 visar utvecklingen av prevalensen för sjukersättning i tre olika åldersgrupper mellan 1962 och 2009, dvs den andel av åldersgruppen som erhåller förmånen respektive år. Diagrammet till vänster – Figur 1A – visar utvecklingen för män och den till höger – Figur 1B – visar utvecklingen för kvinnor.

Det framgår av figurerna att prevalensen i den äldsta åldersgruppen, 60–64 år, ökade kraftigt från ca 10 procent 1970 till ca 35 procent 1990 för både män och kvinnor. Sedan dess har den minskat markant för män i åldersgruppen, ner till ca 20 procent. För kvinnor har motsvarande minskning varit betydligt mindre, till ca 30 procent.

För de två yngre åldersgrupperna har ökningen varit betydligt mer blygsam, men markant starkare för kvinnor än för män. För män i åldersgruppen 55–59 ökade prevalensen av sjukersättning från ca 5 procent i början av 1960-talet till nästan 20 procent i början av 1990-talet för att sedan minska till runt 15 procent under 2000-talet. För kvinnorna i åldersgruppen 55–59 ökade andelen med sjukersättning från 5 procent i början av 1960-talet till över 20 procent på 2000-talet. För åldersgruppen 45–54 har motsvarande



Figur 1 Prevalensen av sjukersättning per åldersgrupp och kön, 1962-2009
 Källa: Jönsson m fl (2010).

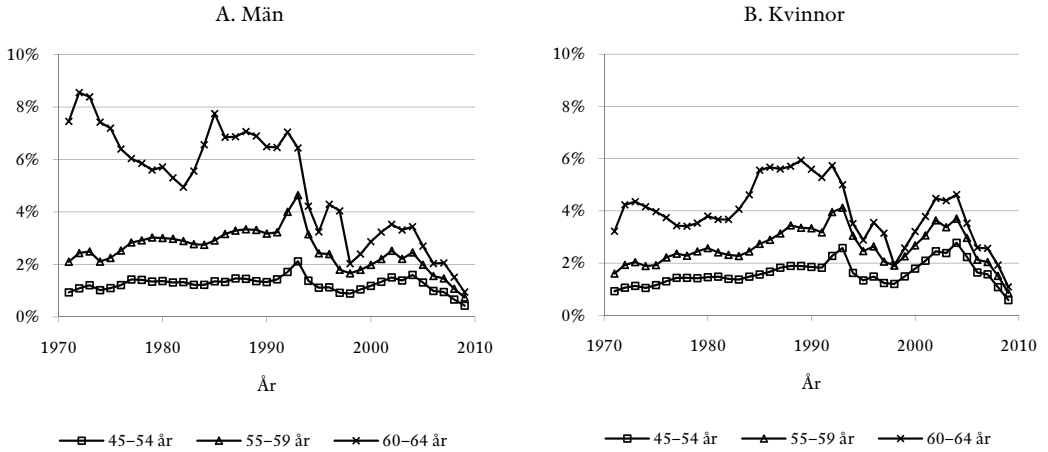
utveckling varit från ca 3 procent till nästan 10 procent för män och från ca 3 procent till nästan 15 procent för kvinnor.

En stor del av förklaringen till att ökningen av prevalensen av sjukersättning varit starkare för den äldre åldersgruppen är de särskilda äldrereglerna för bedömning av hälsonefsättningen som berättigar till förmånen samt införandet av regeln om rätt till förtidspension av rena arbetsmarknadsskäl för denna åldersgrupp. När dessa särskilda regler avskaffades på 1990-talet minskade prevalensen av sjukersättning i den äldsta åldersgruppen, i synnerhet för män.

Figur 2 visar utvecklingen av incidensen av sjukersättning mellan 1971 och 2009, dvs andelen som nybeviljas sjukersättning av dem som inte redan erhåller förmånen i åldersgruppen. Återigen visas utvecklingen för män i den vänstra grafen och för kvinnor i den högra.

Jämfört med utvecklingen av prevalensen ger incidensen av sjukersättning en mer dramatisk bild av förändringen över tid. Graferna bekräftar att avskaffandet av arbetsmarknadsskäl och de särskilda äldrereglerna minskade nybeviljandet i den äldsta åldersgruppen under 1990-talet, men det framgår också att en liknande utveckling skedde i åldersgruppen 55-59, både för kvinnor och för män. Den mest uppseendeväckande utvecklingen i figur 2 är emellertid den kraftiga minskningen av nybeviljandet som har skett under de allra senaste åren som en följd av skärpta hälsokrav: 2005 centraliserades Försäkringskassan och 2008 infördes regeln om att den som sökte sjukersättning skulle prövas mot hela arbetsmarknaden. Nybeviljandet av sjukersättning under 2009 ligger långt under alla tidigare historiska nivåer i alla tre åldersgrupper.

Figur 3 presenterar utvecklingen av incidensen av sjukersättning för olika diagnosgrupper under perioden 1971-2005. Vi presenterar de tre



Källa: Jönsson m fl (2010).

Figur 2
Incidensen av
sjukersättning per
åldersgrupp och kön,
1971-2009

vanligaste diagnoserna: cirkulationsorganens sjukdomar, psykiska sjukdomar och muskuloskeletala sjukdomar samt en grupp som inkluderar övriga diagnoser. För de äldsta åldersgrupperna presenterar vi även andelen som beviljas sjukersättning av rena arbetsmarknadsskäl.

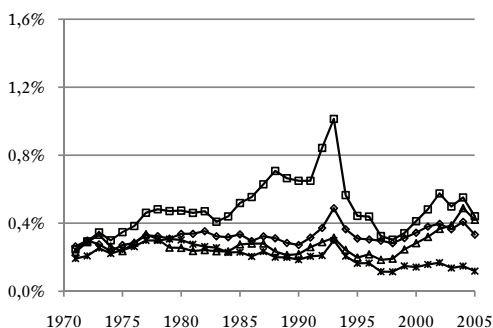
Figur 3 visar att muskuloskeletala diagnoser har varit dominerande för beviljande av sjukersättning i alla åldergrupper, utom i den äldsta åldergruppen där arbetsmarknadsskäl under en kort period var vanligare. De muskuloskeletala diagnoserna uppvisar en dramatisk upp- och nedgång i samtliga åldersgrupper mellan 1985 och 1995. Det är svårt att tänka sig att denna utveckling motsvaras av liknande förändring i den underliggande folkhälsan. Figur 3 visar också en minskning i förekomsten av diagnosen cirkulationssjukdomar för beviljande av sjukersättning. Betydelsen av psykiska besvär har däremot ökat, framför allt sedan slutet av 1990-talet och mer för kvinnor än för män.

2. Mortalitet, självupplevd hälsa och prevalensen av sjukersättning

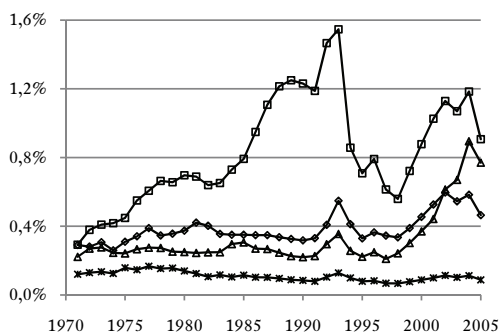
I figur 4 och 5 presenteras utvecklingen av mortaliteten i olika åldersgrupper tillsammans med utvecklingen av olika självupplevda mått på hälsa och prevalensen av sjukersättning. Data över de självupplevda måtten på hälsa är hämtade ur successiva årgångar av SCBs undersökning av levnadsförhållanden (ULF).¹ Eftersom ULF bara är tillgängligt för perioden 1975 till 2005 har vi begränsat analysen till denna period. Figur 4 och 5 innehåller var och en sex olika diagram. Diagrammen i de vänstra kolumnerna visar utfallen för män och de högra för kvinnor. I den första raden visas utfallen

¹ För mer information om ULF, se Statistiska centralbyrån (2009).

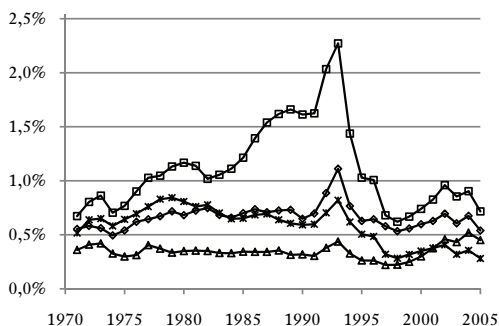
A. Män 50-54 år



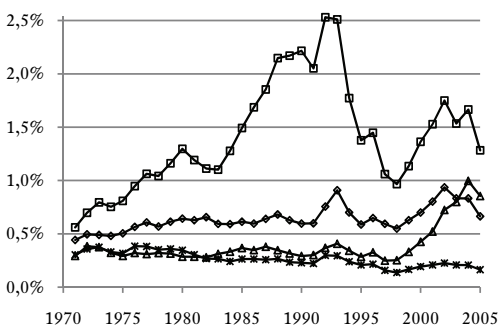
B. Kvinnor 50-54 år



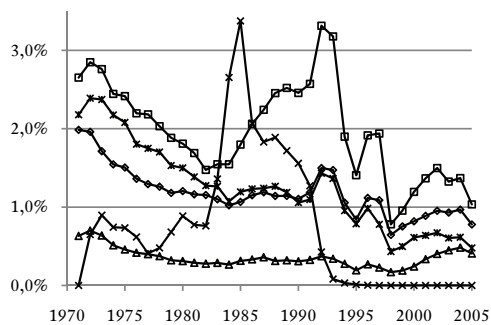
C. Män 55-59 år



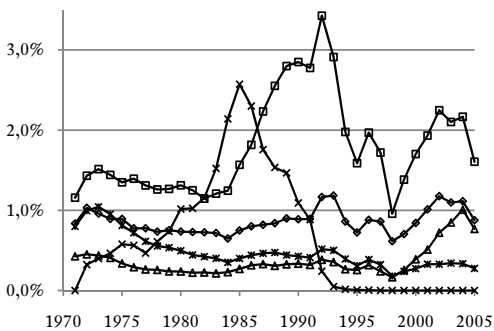
D. Kvinnor 55-59 år



E. Män 60-64 år



F. Kvinnor 60-64 år



—×— Cirkulationsorganen —□— Muskuloskeletala
 —▲— Psykiska —◆— Övriga diagnoser
 —×— Arbetsmarknadsskäl

—×— Cirkulationsorganen —□— Muskuloskeletala
 —▲— Psykiska —◆— Övriga diagnoser
 —×— Arbetsmarknadsskäl

Figur 3 Källa: Jönsson m fl (2010).
 Incidensen av sjukersättning per diagnosgrupp, åldersgrupp och kön, 1971-2005

för åldersgruppen 45-54, i den andra raden för åldersgruppen 55-59 och i den tredje raden för åldersgruppen 60-64.

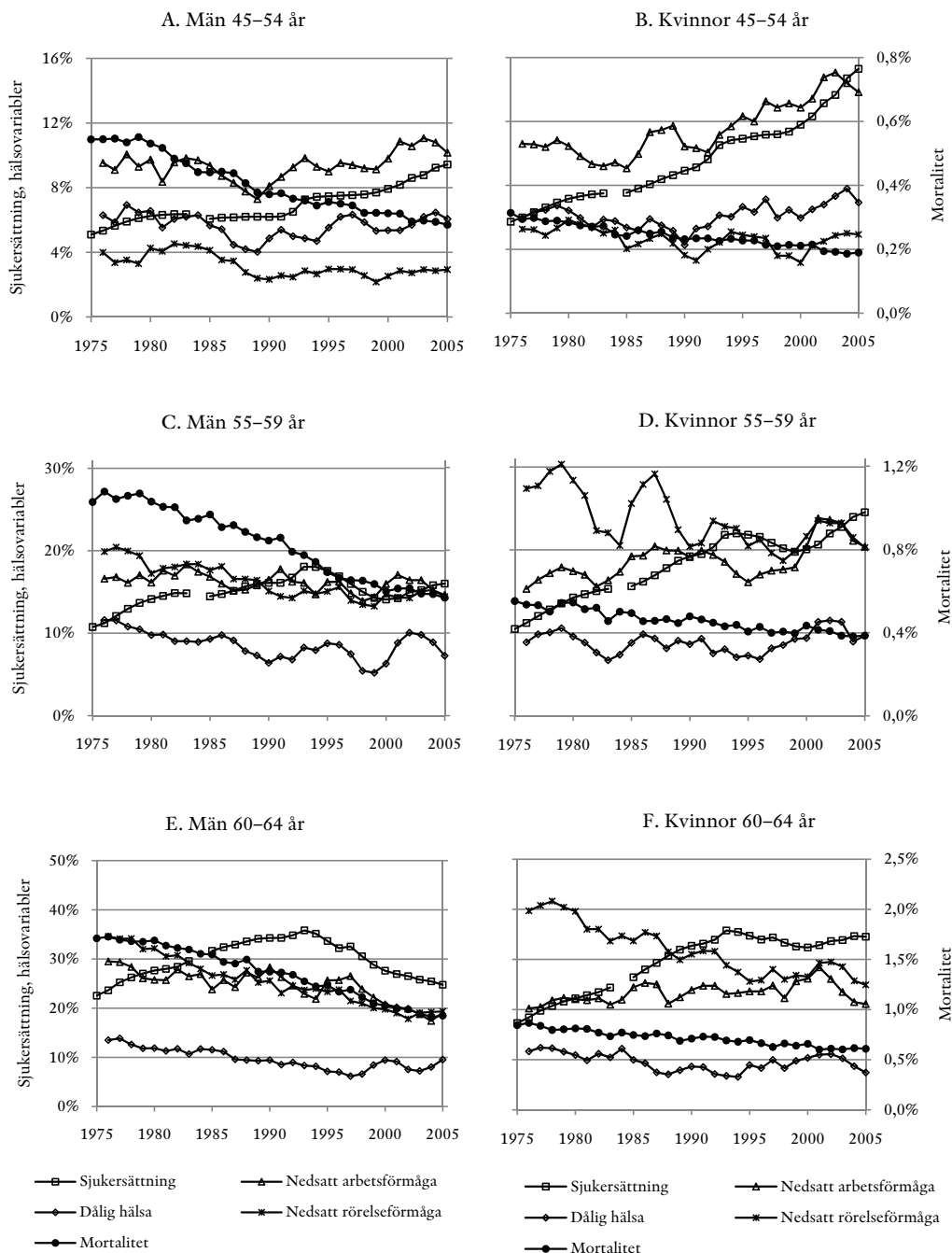
Mortalitet har, för våra ändamål, både för- och nackdelar som mått

på utvecklingen av folkhälsan i olika demografiska grupper. En klar fördel är att den har hög reliabilitet i den meningen att befolkningsstatistiken troligen har mycket små mätfel och att det är ett objektiva mått på hälsa. En tydlig nackdel är däremot bristande validitet. Ett för oss idealt hälsomått skulle mäta huruvida hälsostatusen för en given person möjliggör deltagande i arbetskraften. Man kan enkelt föreställa sig att t ex vissa medicintekniska framsteg gör att fler personer överlever vissa typer av hälsotillstånd, medan dessa framsteg inte leder till att en större andel av befolkningen blir arbetsför.

De självupplevda hälsomåtten har högre validitet. En av de hälsofrågor som vi använder gäller specifikt huruvida personen har hälsoproblem som begränsar dennes arbetsförmåga. Däremot är reliabiliteten ett problem. Det är troligt att intervjupersonens svar angående det egna hälsotillståndet påverkas av om han eller hon blivit beviljad sjukersättning. Om hälsokraven för beviljande av förmånen blir mindre stränga, kan detta i sådant fall även påverka måttet på självupplevd hälsa utan att någon förändring i folkhälsan nödvändigtvis har skett. Ett annat problem med självupplevda mått är att de kan påverkas av förändringar i allmänna samhälleliga normer och föreställningar om vad som bör uppfattas som hälsoproblem, men som inte alltid har samband med förändringar i folkhälsan.

Figur 4 visar en rad tydliga resultat. Som väntat minskar mortaliteten kontinuerligt i alla åldersgrupper och bland både män och kvinnor, men förändringen är större för män i alla åldersgrupper under den studerade perioden. De självupplevda hälsomåtten visar en mindre entydig bild. I den yngsta åldersgruppen förefaller hälsan snarast ha försämrats. För män i åldersgruppen 45–54 har andelen som upplever att de har en begränsad arbetsförmåga ökat sedan slutet av 1980-talet. Ökningen av andelen kvinnor med begränsad arbetsförmåga i den åldersgruppen är än mer markant: från ca 10 procent i början av 1990-talet till ca 15 procent 2005. Det var också under denna period som prevalensen av sjukersättning ökade som mest i denna åldersgrupp. Även andelen av befolkningen med självrapporterad dålig hälsa har stigit för män och kvinnor i den yngsta åldersgruppen sedan början av 1990-talet. Däremot uppvisar andelen män och kvinnor med begränsad rörelseförmåga en nedåtgående trend under den studerade perioden.

I åldersgruppen 55–59 har den självupplevda hälsan, sett över hela perioden, varit tämligen oförändrad eller förbättrats något för män medan den försämrats för kvinnor. Andelen som upplever sig ha begränsad arbetsförmåga har ökat från ca 15 procent i början av perioden till över 20 procent i slutet för kvinnor medan den har hållit sig relativt konstant för män. Även andelen med självrapporterad dålig hälsa har utvecklats mindre positivt för kvinnor än för män. Denna utveckling återspeglas delvis i utvecklingen av prevalensen av sjukersättning. Andelen män med sjukersättning har hållit sig relativt konstant i åldersgruppen medan andelen kvinnor med sjukersättning har ökat kraftigt. Också andelen av befolkningen med nedsatt

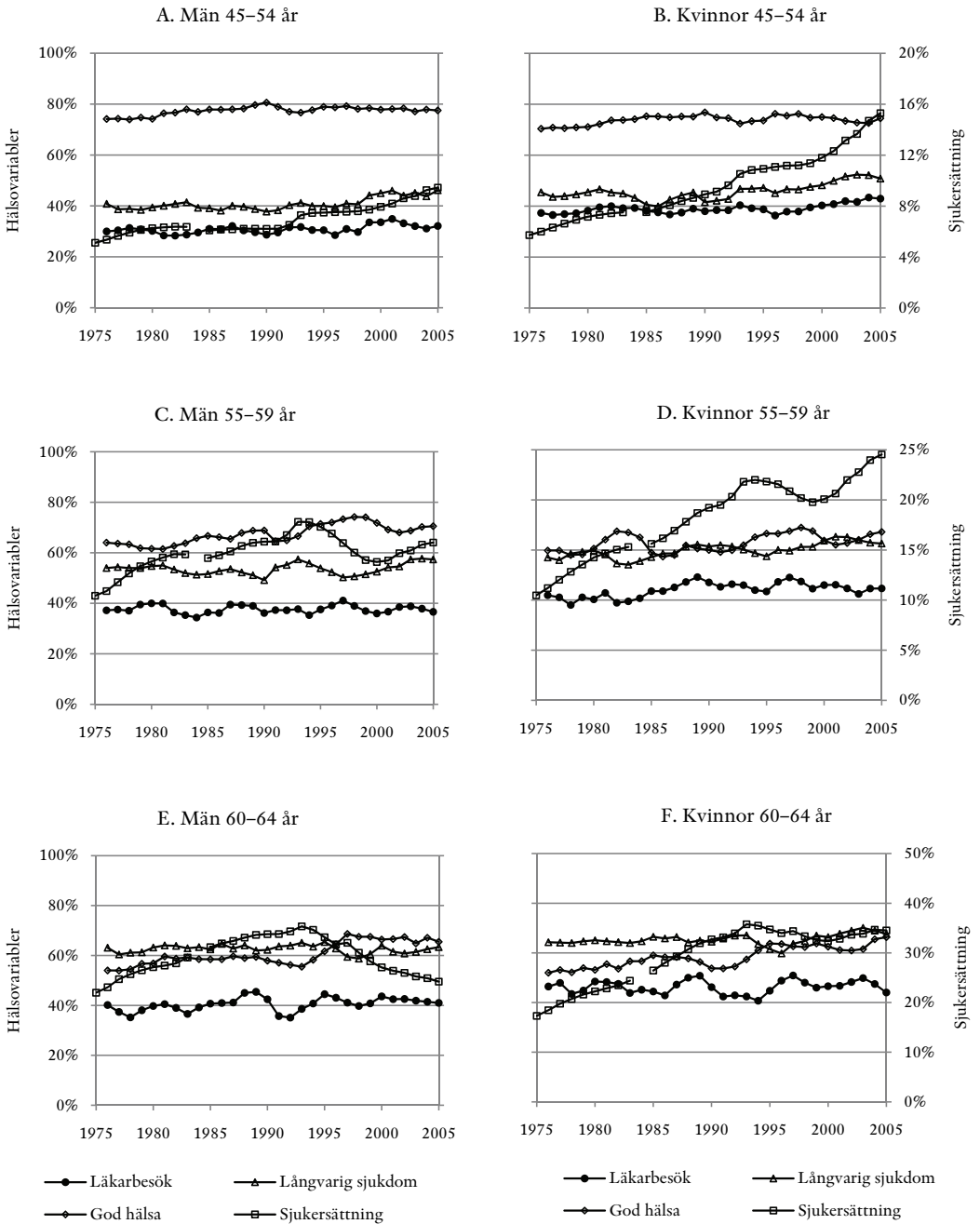


Figur 4 Sjukersättning, mortalitet och självupplevd hälsa

Källa: Jönsson m fl (2010).

rörelseförmåga har minskat för såväl män som kvinnor, vilket inte återspeglas i prevalensen av sjukersättning.

I den äldsta åldersgruppen, 60-64, har den självupplevda hälsan tydligt



Källa: Jönsson m fl (2010).

Figur 5
Sjukersättning och självupplevd hälsa

förbättrats för män. Andelen som upplever begränsad arbetsförmåga har under perioden minskat från ca 30 till 20 procent och andelen med begränsad rörelseförmåga har minskat från ca 35 till 20 procent. Även andelen som

sammantaget upplever att de har dålig hälsa har minskat. För kvinnorna i åldersgruppen är resultatet mindre tydligt. Andelen som uppger att de har begränsad rörelseförmåga har minskat från 30 till 20 procent, men andelen med begränsad arbetsförmåga förefaller i stort sett konstant över perioden. Andelen som uppger att de har dålig hälsa har minskat, sett över hela perioden. Utvecklingen av prevalensen av sjukersättning ser inte ut att återspeglas i hälsomåttet för denna åldersgrupp.

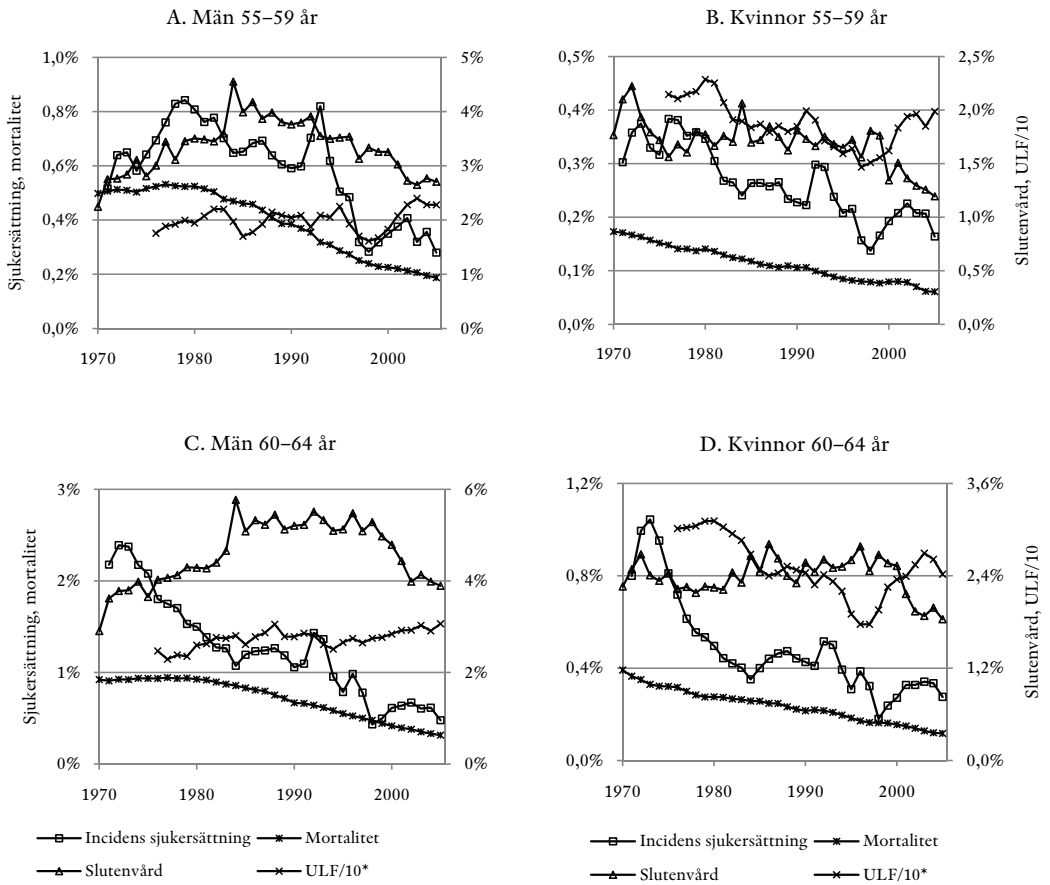
De tre hälsomått som visas i figur 5 – förekomsten av besök hos läkare under den senaste sexmånadersperioden; andelen som uppger att de har god hälsa; samt andelen som varit långvarigt sjuka under det senaste året – visar förvånansvärt små förändringar under den studerade perioden. Om något förstärker de små förändringar som kan registreras bilden av hälsoförändringarna som vi såg i figur 4. Andelen med långvarig sjukdom ökar något bland kvinnor i åldersgruppen 45–54 och andelen med god hälsa ökar bland män och kvinnor i åldersgruppen 60–64.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att mortalitet som mått på folkhälsa inte visar något samband med prevalensen av sjukersättning i någon av de demografiska grupper som vi studerar. I de flesta grupperna divergerar kurvorna tydligt. Däremot sammanfaller ökningen av andelen som erhåller sjukersättning med en försämring av den självupplevda hälsan för åldersgruppen 45–54 – åtminstone mellan början av 1990-talet och 2005 och i synnerhet för kvinnor. Slutligen kan vi konstatera att män i åldersgruppen 60–64 har upplevt den största minskningen i mortalitet under den studerade perioden och att denna grupp också har den mest entydiga förbättringen i självupplevd hälsa. Denna folkhälsoförbättring sammanfaller med en radikal minskning av andelen som erhåller förtidspension/sjukersättning sedan mitten av 1990-talet.

3. Cirkulationssjukdomar, muskuloskeletala diagnoser, psykiska besvär och incidensen av sjukersättning

En annan möjlig dimension för att studera sambandet mellan folkhälsan och utnyttjandet av sjukersättning är på diagnosnivå. Om folkhälsan förändras så att en viss diagnos blir allt vanligare borde detta, om det finns ett samband, slå igenom i form av ett större antal nybeviljade sjukersättningar inom detta diagnosområde. Hur diagnoser sätts inom socialförsäkrings-systemet och sjukvården påverkas givetvis inte enbart av den faktiska förekomsten av en viss typ av sjukdom. Även förändrade arbetssätt och normer – social interaktion – kan leda till variationer i diagnosmönster över tid.

De tre vanligaste diagnoserna för sjukersättning är cirkulationssjukdomar (inklusive hjärt-kärlsjukdomar), muskuloskeletala sjukdomar samt psykiska besvär. Vi använder tre mått för att mäta förekomsten av dessa tre diagnoser bland befolkningen: (i) förekomsten av sjukdom med den specifika diagnosen i SCBs ULF-undersökning; (ii) andelen som förekommer i slutenvårdsregistret med den specifika diagnosen; (iii) mortalitet med den



Figur 6
Cirkulationssjukdomar per åldersgrupp och kön, 1971–2005

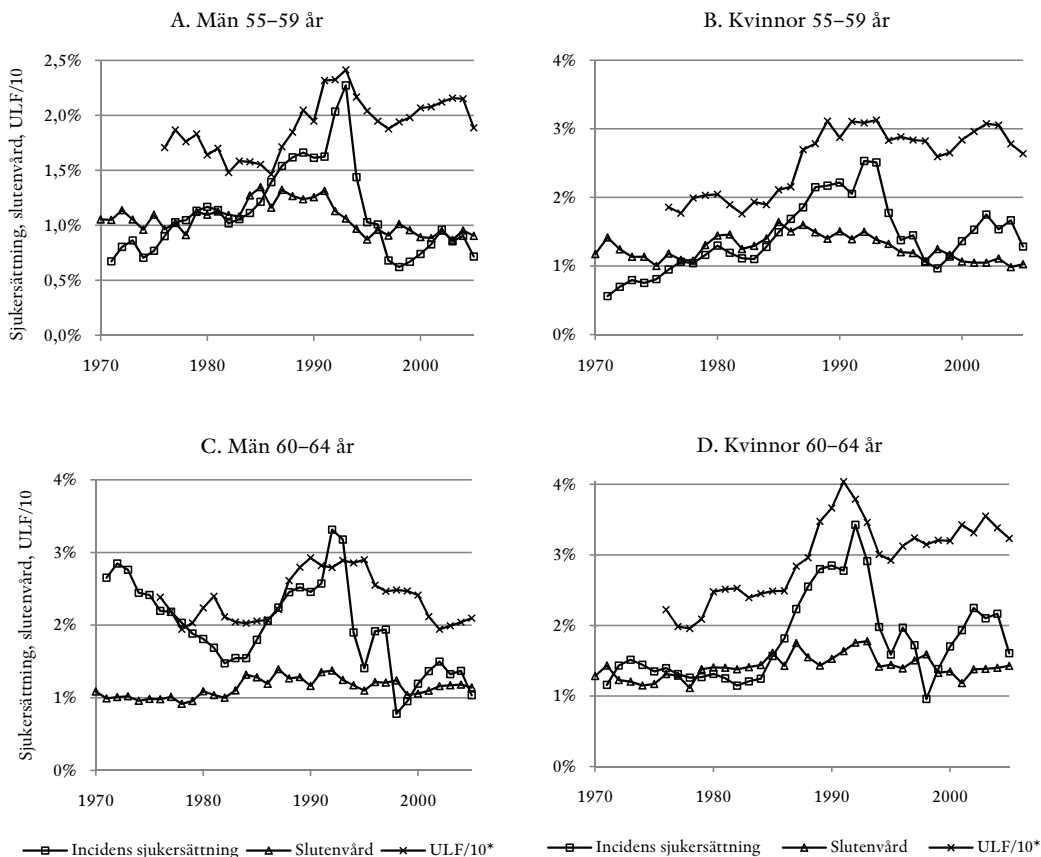
* ULF/10 = Andel av befolkningen som uppger sjukdom med den specifika diagnosen i Undersökningen om Levnadsförhållanden (ULF), delat med tio.

Källa: Jönsson m fl (2010).

specifika diagnosen som huvudsaklig underliggande dödsorsak.² Mortalitetsmåttet använder vi enbart för cirkulationsorganens sjukdomar, då dödligheten i muskuloskeletal sjukdomar och psykiska besvär är väldigt låg. Utvecklingen av dessa mått jämför vi sedan med utvecklingen av andelen nybeviljade sjukersättningar – incidensen – inom diagnosområdet. Vi studerar utvecklingen inom fyra befolkningsgrupper: åldersgrupperna 55–59 respektive 60–64 uppdelat på män respektive kvinnor.

Resultaten visas i figurerna 6, 7 och 8. Figur 6 visar resultaten för cirkulationssjukdomar. Även om graferna innehåller ganska mycket ”brus”, till följd av relativt små urvalsstorlekar i ULF och ett ganska litet antal nybeviljade sjukersättningar, framträder ett tydligt mönster: folkhälsan förefaller ha förbättrats med avseende på cirkulationssjukdomar och incidensen för

² För ytterligare information om de tre data-källorna, se Statistiska Centralbyrån (2009) samt Socialstyrelsen (2009, 2010).



Figur 7
Muskuloskeletala sjukdomar per åldersgrupp och kön, 1971–2005

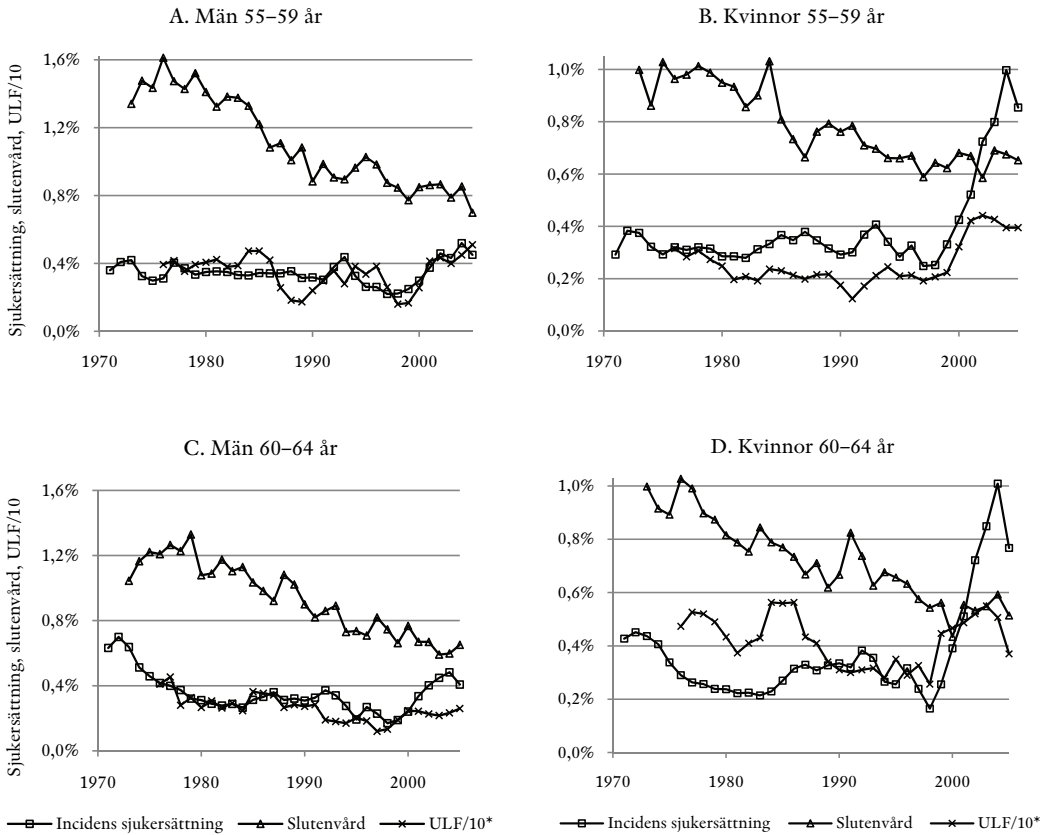
* ULF/10 = Andel av befolkningen som uppger sjukdom med den specifika diagnosen i Undersökningen om Levnadsförhållanden (ULF), delat med tio.

Källa: Jönsson m fl (2010).

förtidspension/sjukersättning har långsiktigt gått ned.

Figur 7 visar motsvarande resultat för muskuloskeletala sjukdomar. Graferna i denna figur uppvisar ett intressant mönster. Både förekomsten av diagnosen i ULF och antalet nybeviljade förmåner var konstant eller minskade i början av 1980-talet för att sedan öka kraftigt i slutet av 1980-talet; denna uppgång följs av en kraftig nergång i den diagnosspecifika incidensen, men inte i andelen som uppger diagnosen i ULF, i slutet av 1990-talet; i början av 2000-talet återhämtar sig den diagnosspecifika incidensen något.

Figur 8, slutligen, visar utvecklingen av psykiska besvär. Det mest intressanta resultatet i figur 8 är den markanta ökningen av antalet nybeviljade sjukersättningar för psykiska besvär i slutet av perioden i alla de studerade befolkningsgrupperna. För män i den yngre åldersgruppen åtföljs denna uppgång av en motsvarande ökning av andelen som anger psykiska besvär



* ULF/10 = Andel av befolkningen som uppger sjukdom med den specifika diagnosen i Under-sökningen om Levnadsförhållanden (ULF), delat med tio.

Källa: Jönsson m fl (2010).

Figur 8
 Psykiska besvär per
 åldersgrupp och kön,
 1971–2005

som diagnos i ULF; i alla andra grupper gäller detta bara till viss del, ökningen i incidensen av nybeviljade förmåner är mycket större. Utvecklingen är särskilt dramatisk för kvinnor, där andelen nybeviljade sjukersättningar till följd av psykiska besvär fyrdubblas på bara några år.

4. Slutsatser

Våra data har visat att olika aspekter av folkhälsan påverkar utnyttjandet av sjukersättningen, men att den är långt ifrån den enda bestämningsfaktorn för utnyttjandegraden. Gruppen män i åldern 60 till 64 kan tjäna som ett pedagogiskt exempel. Den starka uppgången – tredubblingen av andelen som försörjde sig genom förtidspension från ca 12 procent 1970 till över 35 procent i början på 1990-talet – drevs inte alls av någon försämring av folkhälsan i denna grupp, utan främst av institutionella förändringar mot

generösare hälsokrav och en breddning av försäkringen mot att också godkänna arbetsmarknadsskäl för rätt till förmåner.

Å andra sidan har troligen förbättringen av folkhälsan i denna demografiska grupp bidragit till den exceptionellt snabba minskningen av andelen som erhåller sjukersättning – ned till ca 20 procent 2009 – som vi sett på senare år. Våra data visade att förekomsten av cirkulationssjukdomar har minskat bland män i åldern 60–64, utan att de psykiska besvären ökat. Våra mått på folkhälsa tyder på att hälsan för män förbättrats mer än för kvinnor i samma åldersgrupp. Detta är troligen en del av förklaringen till att utnyttjandet av sjukersättningen minskat mer i den gruppen.

Våra data visar också att vissa grupper – framför allt kvinnor i åldern 45–54 – fått en sämre självupplevd hälsa. En större andel i gruppen upplever att de har begränsad arbetsförmåga jämfört med början av 1990-talet. Sannolikt är denna förändring i folkhälsan en del av förklaringen till att utnyttjandet av sjukersättningen ökat markant sedan början av 1990-talet och inte minskat så kraftigt som i andra grupper under de allra senaste åren.

Låt oss slutligen konstatera att nybeviljandet av sjukersättningar nu ligger på en exceptionellt låg nivå historiskt sett i alla de demografiska grupper som vi studerat. Av figur 2 framgår att i början av 1990-talet började varje år ca 7 procent av män i åldersgruppen 60–64 som inte redan fick sjukersättning att erhålla sjukersättning. Motsvarande siffra var för 2009 mindre än 1 procent. Även om våra data om självupplevd hälsa inte täcker den senaste perioden – efter 2005 – kan vi dra slutsatsen att det inte är troligt att folkhälsan skulle ha förbättrats så radikalt att det skulle kunna ge en förklaring till den nivå som minskningen av inträdet i sjukersättningen motsvarar. Man kan därför fråga sig om den nuvarande nivån är långsiktigt hållbar och om de försäkrade väljer andra inkomsttrygghetssystem än sjukersättningen för att lämna arbetskraften?

REFERENSER

Jönsson, L, M Palme och I Svensson (2010), "Disability Insurance, Population Health and Employment in Sweden", Working Paper 2010:25, Nationalekonomiska institutionen, Stockholms universitet, <http://people.su.se/~palme/>.

Socialstyrelsen (2010), "Dödsorsaksstatistik – Historik, produktionsmetoder och tillförlitlighet", Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2009), "Kvalitet och innehåll i patientregistret – Utskrivningar från slutenvården 1964–2007 och besök i specialiserad öppenvård (exklusive primärvårdsbesök) 1997–2007", Socialstyrelsen, Stockholm.

Statistiska centralbyrån (2009), "Undersökning av levnadsförhållanden 2009", LE0101, SCB, Stockholm.