

*isf*

INSPEKTIONEN FÖR  
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2011:10

Unga med  
aktivitetsersättning

Den senaste utvecklingen och  
hypoteser om orsakerna till  
utvecklingen

*isf*

Rapport 2011:10

## Unga med aktivitetsersättning

Den senaste utvecklingen och  
hypoteser om orsakerna till  
utvecklingen

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2011

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:

Inspektionen för socialförsäkringen

Box 202

101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00

E-post: [registrator@inspsf.se](mailto:registrator@inspsf.se)

Webb: [www.inspsf.se](http://www.inspsf.se)

Tryckt av E-print

Stockholm 2011

# Innehåll

Generaldirektörens förord .....	5
Sammanfattning .....	7
1 Inledning .....	11
1.1 Bakgrund.....	11
1.2 Syfte.....	12
2 Aktivitetsersättning i går och i dag .....	13
3 Möjliga förklaringar till utvecklingen av unga med aktivitets- ersättning.....	15
3.1 Aktivitetsersättning för förlängd skolgång .....	15
3.2 Psykisk ohälsa allt vanligare.....	16
3.3 Förändrad diagnostisering.....	16
3.4 Försämrade skolresultat ger sämre förutsättningar .....	17
3.5 Den förändrade arbetsmarknaden .....	18
3.6 Samhällets normer och attityder .....	19
4 Aktivitetsersättningens utveckling.....	21
4.1 Utvecklingen i Sverige.....	21
4.2 En liknande utveckling i andra länder.....	26
5 Inflödet till aktivitetsersättning .....	31
5.1 Vilka får aktivitetsersättning?.....	31
5.2 Analys av riskfaktorer för att motta aktivitetsersättning.....	38
6 Utflödet från aktivitetsersättning.....	47
6.1 Den allmänna bilden .....	47

6.2 Faktorer som samvarierar med hur länge man har aktivitets- ersättning.....	50
6.3 Ökad anknytning till arbetsmarknaden bland dem som lämnar en period med aktivitetsersättning .....	52
Referenser .....	55
Bilaga 1 .....	59
Bilaga 2 .....	61
Bilaga 3 .....	63
Noter.....	67

## Generaldirektörens förord

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet. Med systemtillsyn avses granskning av om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Med effektivitetsgranskning avses granskning av om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Antalet unga med aktivitetsersättning har ökat kraftigt de senaste tio åren och uppgick 2010 till mer än 30 000 personer. Tendensen är inte unik för Sverige men mer uttalad här än i omvärlden. ISF beskriver i föreliggande rapport – den första i en serie med aktivitetsersättning som gemensamt tema – bakgrunden till denna utveckling och sammanställer också några av de hypoteser som har framlagts som förklaring till ökningen. Någon prövning av hypoteserna har inte genomförts inom ramen för detta delprojekt.

Huvudorsaken bakom det ökade inflödet är ett ökande antal ungdomar med företrädesvis psykisk funktionsnedsättning som får ersättning för förlängd skolgång. Vissa tillskriver denna utveckling externa orsaker i samhället utanför skolan, medan andra menar att orsakerna står att finna bland regler och incitament inom skolan. ISF avser att analysera denna fråga i en kommande rapport.

Understrykas bör att utvecklingen också har positiva inslag. Tiden med ersättning har kortats, och allt fler som lämnar ersättningen går också ut i arbetslivet.

Rapporten har skrivits av Pathric Hägglund (projektledare), Sisko Bergendorff, Nadja Grees, Helena Persson och Niklas Österlund.

Stockholm i juni 2011

*Per Molander*



# Sammanfattning

Antalet unga med aktivitetsersättning har ökat kraftigt de senaste 10 åren och uppgick i juli 2010 till drygt 30 000 personer. Aktivitetsersättning, eller förtidspension/sjukbidrag som det benämndes till och med 2002, beviljas personer under 30 år med långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Trenden med allt fler unga med motsvarande former av aktivitetsersättning återfinns i ett flertal OECD-länder, inklusive våra grannländer, men är tydligast i Sverige. Ökningen har varit mest påfallande sedan 2003, då denna grupp fördes över från pensions- till sjukförsäkringsystemet. Liksom i andra länder dominerar de psykiska diagnoserna bland dem som varje år tillkommer i ersättningen.

I denna rapport studeras de senaste årens utveckling av antalet unga som beviljas och mottar aktivitetsersättning. Analyser genomförs av vilka egenskaper som nu jämfört med tidigare är förknippade med en ökad sannolikhet att beviljas, respektive att kvarstå med, aktivitetsersättning. Rapporten går också igenom de vanligast förekommande teorierna om orsakerna till utvecklingen. Empiriska studier på området saknas i stor utsträckning ännu, såväl i Sverige som i andra länder. Att fastställa samband mellan orsak och verkan är heller inte ambitionen med föreliggande studie. I stället är syftet att dels ge en så aktuell bild av utvecklingen som möjligt, dels ringa in hypoteser som förtjänar en mer djupgående belysning i framtida studier.

I rapporten konstateras bland annat följande:

- Den uppgång av antalet unga med aktivitetsersättning eller motsvarande som pågått sedan mitten på 1990-talet har avstannat. Bakom denna utveckling återfinns en fortsatt ökning av antalet 19-åringar med funktionsnedsättning som får ersättning för i huvudsak förlängd skolgång, det vill säga för att kunna slutföra grundskole- eller gymnasiestudier. För den något äldre gruppen unga, 20-29 år, är utvecklingen den motsatta. Detta beror sannolikt till viss del på de hårdare kraven för rätt till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga som infördes 2008.

- Allt fler avslutar en period med aktivitetsersättning. Den genomsnittliga tiden med ersättning är emellertid alltså mycket lång. Av dem som påbörjade en ersättningsperiod under 2007 uppbar 79 procent fortfarande ersättning efter två år. Motsvarande andel för ärenden som påbörjades 2001 var 93 procent.
- Allt fler av dem som lämnar ersättning går ut i arbetslivet, antingen som anställda eller som inskrivna vid Arbetsförmedlingen. Av dem som påbörjade en ersättningsperiod under 2006 och som avslutade perioden inom två år befann sig 36 procent i anställning och 27 procent i arbetslöshet inom ett år. Motsvarande andelar för individer som påbörjade sina perioder 1999 var 25 respektive 11 procent.

De ökade flödena in och ut ur aktivitetsersättning ska ses mot bakgrund av den förändring av regelverket som genomfördes 2003 och som möjliggjorde ersättning för studier. Av resultaten att döma är detta en grupp där en relativt hög andel efter studierna har arbetsförmåga i någon grad. Även om många i gruppen på grund av sin funktionsnedsättning sannolikt hade fått aktivitetsersättning i framtiden ändå, finns en risk att regeln har sänkt tröskeln för mottagande av aktivitetsersättning och att många beviljades den i onödan.

Utöver denna regeländring kan även andra institutionella förändringar ha bidragit till utvecklingen. Förutom det ökade antalet i gymnasiesärskolan, vars elever automatiskt har rätt till aktivitetsersättning, kan reformer inom skolan haft betydelse. Studier har visat att såväl införandet av ett tredje (teoretiskt) år på de yrkesinriktade linjerna som övergången till ett målrelaterat betygssystem i grund- och gymnasieskola i början på 1990-talet, hade negativa effekter på examensfrekvensen. Sämre skolresultat torde innebära större svårigheter att etablera sig i arbetslivet, vilket i förlängningen skulle kunna leda till en ökad risk att få aktivitetsersättning. Om ett sådant samband föreligger är en fråga för framtida forskning att undersöka. Detsamma gäller den eventuella betydelsen av de mindre generösa villkoren i arbetslöshetsförsäkringen. Forskning har visat att ersättningsvillkoren i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen har betydelse för hur individer rör sig mellan systemen. Förändringarna av villkoren i arbetslöshetsförsäkringen 2007 kan alltså inte bara förväntats ha sänkt tröskeln för arbete utan även för andra inkomstkällor, såsom aktivitetsersättning.

Bakom förändringar av regler och institutioner finns sannolikt även andra mer djupgående förklaringar i de ungas situation. Bland dessa kan nämnas en svårare arbetsmarknad med högre arbetslöshet och en högre

andel tillfälliga anställningar, en försämrad psykisk hälsa, tillkomsten av nya diagnoser, samt eventuellt också förskjutningar av normer och attityder i användningen av sjukförsäkringen. Även om betydelsen av dessa faktorer är svåra att härleda och kvantifiera, kan de ha haft stor inverkan på utvecklingen.



# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Ett välfärdssamhälle lägger stor vikt vid att välfärd ska komma alla, i synnerhet svaga och utsatta grupper, till del. Unga personer som drabbas av långvarigt nedsatt arbetsförmåga eller som aldrig har haft någon arbetsförmåga på grund av en medfödd eller förvärvad funktionsnedsättning är en sådan grupp. I de flesta länders socialförsäkring ingår någon form av försäkringsförmån som tryggar försörjningen för dessa personer. I Sverige benämndes detta inkomstskydd tidigare förtidspension och sjukbidrag. Dessa förmåner var delar av pensionssystemet, trots att de beviljades för personer från och med 16-årsåldern. Numera ingår motsvarande förmån för åldersgruppen 19-29 år i sjukförsäkringen och kallas för aktivitetsersättning.

Generellt har yngre bättre hälsa och arbetsförmåga än äldre. De senare årens utveckling visar dock att ersättningar från sjukförsäkringen för långvarig arbetsförmåga minskar väsentligt i omfattning bland äldre medan de ökar kraftigt bland yngre. Ökningen av aktivitetsersättning bland yngre bör uppmärksammas av flera skäl. För det första innebär försörjning genom aktivitetsersättningen en stor förlust för individen som riskerar att hamna utanför arbetsmarknaden med de sociala konsekvenser som det innebär. För det andra får yngre personer låg aktivitetsersättning, då de sällan hunnit upparbeta någon arbetsinkomst eller endast har haft små inkomster av arbete. Om de blir beroende av aktivitetsersättningen under lång tid och därefter av dess motsvarighet för åldersgruppen 30 år och äldre, riskerar de att få låga inkomster under hela den förvärvsaktiva åldern och därefter låg pension. För det tredje innebär det en stor statsfinansiell förlust, då många unga kommer att bli beroende av sjukförsäkringen för sin försörjning under lång tid.

Trots att ökningen av yngre som beviljas aktivitetsersättning har varit föremål för flera studier, är kunskapen om orsakerna till ökningen fragmentarisk. En offentlig utredning har belyst utvecklingen och föreslagit

ändringar i lagstiftningen och andra åtgärder för att minska antalet beviljade ersättningar.<sup>1</sup> Utredningen lämnade sitt betänkande år 2008, men det har ännu inte resulterat i någon proposition.

## 1.2 Syfte

Mot bakgrund av den kraftiga ökningen av antalet unga personer med aktivitetsersättning och de högst bristfälliga kunskaperna om dess orsaker har Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) initierat ett projekt som ska belysa utvecklingen utifrån olika perspektiv. Projektet ska utmytna i rapporter av såväl översiktlig som mer djuplodande karaktär.

Ett syfte med föreliggande rapport är att beskriva den senaste utvecklingen av unga med aktivitetsersättning; vad som karaktäriserar den och hur den förhåller sig till utvecklingen i andra länder. I rapporten analyseras också egenskaper och faktorer som påverkar sannolikheten att dels beviljas aktivitetsersättning, dels bli kvar med ersättning under lång tid, och hur dessa har utvecklats över tid. Ett annat syfte med rapporten är att sammanfatta befintlig kunskap om möjliga orsaker till utvecklingen. Renodlade effektstudier av orsakerna bakom utvecklingen saknas nämligen i stor utsträckning ännu, såväl i Sverige som i andra länder. Det är heller inte avsikten med föreliggande studie. I stället är syftet att utifrån en så aktuell bild som möjligt identifiera särskilt intressanta aspekter att belysa i kommande ISF-rapporter.

I nästa kapitel ges en beskrivning av aktivitetsersättningens utformning över tid, och i kapitel 3 diskuteras vanligt förekommande hypoteser kring varför allt fler ungdomar bedöms vara i behov av denna ersättning. Kapitel 4 ger därefter en övergripande bild av användningen av aktivitetsersättning i Sverige över tid, dessutom redovisas motsvarande utveckling i andra länder. I kapitel 5 och 6 presenteras avslutningsvis mer ingående analyser av dem som varje år påbörjar, respektive lämnar, en period med ersättning.

## 2 Aktivitetsersättning i går och i dag

Sedan början av 1960-talet ger den svenska socialförsäkringen<sup>2</sup> en inkomstrelaterad ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga. För dem som inte har haft några förvärvsinkomster eller endast har haft låga förvärvsinkomster innan arbetsförmågan blev nedsatt finns ett grundskydd i form av garantiersättning. Under lång tid gällde att den försäkrade hade rätt till förtidspension om arbetsförmågans nedsättning ansågs varaktig. Kunde nedsättningen inte anses varaktig men kunde antas bli bestående under avsevärd tid, fanns rätten till sjukbidrag.

Förtidspension och sjukbidrag, som tillhörde pensionssystemet, ersattes av två nya socialförsäkringsförmåner, sjukersättning och aktivitetsersättning, den 1 januari 2003. Dessa förmåner infördes i sjukförsäkringen. Eftersom de tidigare reglerna ofta kunde förknippas med permanenta pensionsförmåner, hade såväl förflyttningen från pensionssystemet till sjukförsäkringen som bytet av ersättningarnas benämningar också ett stort symbolvärde.

Ett av syftena med reformen var att unga försäkrade med långvarigt nedsatt arbetsförmåga skulle få ett särskilt stöd, aktivitetsersättning, som stimulerar till aktiviteter utan att den ekonomiska tryggheten riskeras. Aktivitetsersättning kan beviljas personer i åldern 19-29 år. För rätten till sjukbidrag och förtidspension var åldersgränsen 16-64 år. För rätt till aktivitetsersättning krävs att nedsättningen av arbetsförmågan kan antas bestå under minst ett år.<sup>3</sup> Enligt regeringen och remissinstanserna måste ett ersättningssystem som ska uppmuntra unga till aktivitet utgå från en förmån som är tidsbegränsad och där rätten till förmånen ska prövas på nytt med jämna mellanrum. Därför är aktivitetsersättningen tidsbegränsad till maximalt tre år i taget.<sup>4</sup>

Ungdomar som på grund av funktionshinder ännu inte har avslutat sin skolgång på grundskolenivå och gymnasial nivå vid ingången av juli under det år då de fyller 19 år har rätt till hel aktivitetsersättning under den tid som skolgången varar, utan någon prövning av arbetsförmågans

nedsättning. Denna rätt till aktivitetsersättning bör särskilt uppmärksammas, eftersom antalet individer med aktivitetsersättning för förlängd skolgång har ökat kraftigt under de senaste åren.

Utöver ekonomisk ersättning innebär aktivitetsersättningen en möjlighet att få stöd från Försäkringskassan för att kunna delta i aktiviteter som syftar till att öka förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan. Stödet innefattar såväl hjälp med att planera och samordna aktiviteter som i vissa fall ekonomisk ersättning för aktivitetens kostnader.<sup>5</sup>

Sjukersättning kan beviljas den som är i åldern 30-64 år. För rätt till sjukersättning krävs att arbetsförmågan kan anses vara stadigvarande nedsatt och att varken medicinsk behandling eller rehabiliteringsåtgärder bedöms kunna leda till att personen återfår någon arbetsförmåga. Sjukersättning lämnas tillsvidare.<sup>6</sup>

Den 1 juli 2008 genomfördes vissa förändringar i sjukförsäkringen. För rätten till aktivitets- och sjukersättning ska arbetsförmågan sedan dess bedömas i förhållande till förvärvsarbeten på arbetsmarknaden. Detta är en utvidgning av den kategori av arbeten som ska ingå i bedömningen av arbetsförmågan.<sup>7</sup> Vidare ska inte längre den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter beaktas vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.

I december 2007 fick en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av aktivitetsersättningen, ge förslag på förbättringar i regelverket och att anpassa befintliga regler till de regelförändringar i sjukpenning och sjukersättning som trädde i kraft den 1 juli 2008. Att analysera bakomliggande faktorer till att unga människor beviljas aktivitetsersättning fanns med som en punkt i kommittédirektivet, men detta gavs ett begränsat utrymme i utredningen.<sup>8</sup> Utredningens slutbetänkande föreslog 2008 att aktivitetsersättningen ska avskaffas och att en ny ersättning, sjukersättning till unga (SU) ska införas.<sup>9</sup> Betänkandet har dock inte ännu resulterat i ny lagstiftning.

I april 2010 beslutade regeringen att en parlamentarisk kommitté skulle ges i uppdrag att se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Aktivitetsersättning nämns dock inte särskilt i kommittédirektivet.<sup>10</sup>

### 3 Möjliga förklaringar till utvecklingen av unga med aktivitetsersättning

I detta kapitel redovisas kortfattat några hypoteser kring varför allt fler unga mottar aktivitetsersättning. Genomgången omfattar ett stort antal utredningar, myndighetsrapporter och forskningsrapporter, men gör på intet sätt anspråk på att vara uttömmande.

#### 3.1 Aktivitetsersättning för förlängd skolgång

I Sverige har i ett flertal sammanhang, exempelvis i SOU 2008:102 och Försäkringskassan 2007e, påtalats den tydliga koppling som finns mellan ökningen av unga med aktivitetsersättning och införandet av möjligheten att motta ersättning för att kunna avsluta studierna i grundskolan eller gymnasiet 2003. Antalet i denna grupp har ökat kraftigt sedan införandet och står nu för hälften av samtliga nya som beviljas aktivitetsersättning.<sup>11</sup> Av de som var 19 år och beviljades aktivitetsersättning 2009 fick 80 procent ersättning på grund av förlängd skolgång.<sup>12</sup> Eftersom elever som går i särskola automatiskt har rätt till aktivitetsersättning för förlängd skolgång finns ett tydligt samband mellan antalet unga med aktivitetsersättning och det ökade antalet elever inom gymnasiesärskolan.<sup>13</sup>

Som orsak till ökningen av antalet elever i särskolan har lyfts fram särskolans kommunalisering som slutfördes 1996 och den ökade närheten mellan den ordinarie skolverksamheten och särskolan.<sup>14</sup> Även 1990-talets besparingar inom den ordinarie skolverksamheten, tydliggörandet av mål och betygskriterier i och med nya läro- och kursplaner och övergången från den lärarstyrda katederundervisningen till mer individualiserade och egenplanerande arbetssätt har lyfts fram som faktorer av betydelse. Genom dessa förändringar har ungdomar med bland annat lindrig utvecklingsstörning, ADHD och Aspergers syndrom, som tidigare klarat av grundskolan genom tydlig ledning och struktur, fått det svårare. Det blev tydligare vilka elever som inte uppfyller skolans mål. Många av dessa

elever bereds plats i särskolan för att få det extra stöd som den ordinarie skolverksamheten inte längre kan erbjuda.<sup>15</sup> På senare tid har det framkommit att kommunernas utredningar och handläggning vid beslut om placering i särskolan inte håller en godtagbar kvalitet, vilket kan innebära att elever kommer till särskolan utan att egentligen vara i behov av det.<sup>16</sup>

## 3.2 Psykisk ohälsa allt vanligare

Eftersom psykiska diagnoser är klart dominerande bland de som beviljas aktivitetsersättning skulle en naturlig förklaring till ökningen av andelen unga med aktivitetsersättning kunna vara förändringar i ungdomars psykiska hälsotillstånd. Utredningar av den självupplevda hälsan visar att psykiska besvär har blivit vanligare sedan tidigt 1990-tal och att nedsatt psykiskt välbefinnande är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män.<sup>17</sup>

Den självupplevda hälsan behöver emellertid inte vara synonym med den faktiska hälsan. Kungliga vetenskapsakademien har genomfört en systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar i svenska barns och ungdomars psykiska hälsa över tid. I den konstateras att utvecklingen av barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige är ett ofullständigt utforskat område och att det saknas studier som kan anses ha ett helt tillfredsställande bevisvärde.<sup>18</sup> De tendenser som trots allt går att se är att svenska barns och ungdomars generella psykiska hälsa är god, att en försämring i det allmänna psykiska hälsotillståndet tycks ha skett i slutet av 1990-talet, och att flickor mår sämre än pojkar. Även när det gäller samband mellan olika aspekter av hälsa, sjuklighet och nedsatt arbetsförmåga är kunskapen bristfällig. Detta trots att ohälsa och sjukfrånvaro är ett uppmärksammat forskningsområde.<sup>19</sup>

Förändringar i ungdomars faktiska hälsotillstånd kan därmed vara *en* förklaring till att antalet ungdomar med aktivitetsersättning har ökat. I vilken utsträckning är dock oklart, liksom *vad* som orsakat försämringen i ungdomars psykiska hälsa och varför det finns tydliga könsskillnader.<sup>20</sup>

## 3.3 Förändrad diagnostisering

Att diagnosmönstret bland unga förändrats och nu domineras av psykisk ohälsa betyder inte nödvändigtvis att deras sjukdomsmönster har förändrats i motsvarande grad. Förändringar i läkarkårens diagnostisering av patienter och/eller tillkomsten av nya diagnoser kan också vara av betydelse.

Klassificeringen av sjukdomar förändras kontinuerligt till följd av exempelvis medicinsk utveckling, förändringar i synen på hur sjukdomar bör klassificeras och upptäckter av nya sjukdomar.<sup>21</sup> Tydligt är att psykiska sjukdomar, syndrom och störningar dominerar kraftigt bland unga med aktivitetsersättning och att det ökade antalet personer i ersättningen sedan tidigt 1990-tal nästan uteslutande kan tillskrivas personer med diagnoser inom det psykiska spektrumet. Bland de psykiska diagnoserna hos ungdomar är ökningen som störst för förstämningssyndrom (depressioner), neurotiska syndrom (stress- och ångestsyndrom), utvecklingsstörningar (exempelvis Aspergers syndrom) och hyperaktivitetsstörningar (exempelvis DAMP, ADHD). Många av dessa diagnoser tillkom när Socialstyrelsen 1997 gav ut en ny klassifikation av sjukdomar motsvarande den internationella klassifikationen ICD-10.<sup>22</sup> Den nya klassifikationen innefattar bland annat flera nya diagnoskoder för depression, ångest, stresssjukdomar, hyperaktivitetsstörningar och neuropsykiatriska diagnoser, i huvudsak Aspergers syndrom. Det har med andra ord skett en kraftig ökning av personer som har en diagnos som tillkom först 1997.<sup>23</sup>

Huruvida tillkomsten av nya diagnoser och möjlighet till förbättrad diagnostisering påverkar antalet individer som beviljas aktivitetsersättningen är dock oklart.

### 3.4 Försämrade skolresultat ger sämre förutsättningar

De senaste 20 åren har svenska ungdomars prestationer i grundskolans basämnen försämrats. Så många som var tionde elev avslutade 2005 sin grundutbildning utan godkänt betyg i åtminstone ett av basämnena. Därmed saknade de behörighet till de nationella programmen på gymnasiet.<sup>24</sup> Även OECD:s internationella studie av 15-åringars skolprestationer visar på försämrade resultat för svenska skolungdomar.<sup>25</sup> Samma trend kan utläsas bland svenska studenters prestationer på gymnasienivå. Examensfrekvensen från gymnasiet har försämrats sedan 1990-talet.<sup>26</sup>

Ett par studier har analyserat hur reformerna inom skolan på 1990-talet påverkade bland annat examensfrekvensen på gymnasiet. Hall (2009) studerar effekterna av reformen 1991 som innebar att de tidigare tvååriga praktiska utbildningarna förlängdes med ett tredje, i huvudsak teoriinriktat, år. Författaren finner att förlängningen av yrkesutbildningarna ledde till en ökad sannolikhet att hoppa av gymnasiet bland elever med låga slutbetyg från grundskolan och från icke-akademiska hem. Björklund

med flera (2010) konstaterar att införandet av det målrelaterade betygssystemet är huvudorsaken till att andelen med fullständiga gymnasiebetyg sjönk under 1990-talet. Det fick också negativa effekter på inkomsterna vid 26 års ålder, i synnerhet för elever med låga grundskolebetyg.

Försämrade skolresultat skulle kunna öka risken för mottagande av aktivitetsersättning på minst två olika sätt. Antingen direkt via möjligheten att avsluta studierna med aktivitetsersättning för förlängd skolgång, eller på längre sikt via svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden och eventuell ökad risk för psykisk ohälsa. Detta samband torde således vara intressant att studera närmare.

### 3.5 Den förändrade arbetsmarknaden

I och med den ekonomiska krisen under 1990-talet skedde ett skift uppåt av arbetslösheten som påverkade arbetskraften i alla åldrar (se bilaga 1). För unga, som ännu inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden, kan detta skift förväntas ha fått allvarigare konsekvenser än för övriga. Även om ungdomars arbetslöshetsperioder i genomsnitt är kortare än äldres,<sup>27</sup> har forskning visat att en dålig start i arbetslivet kan få långvarigt negativa effekter. Nordström Skans (2004) finner ett kausalt samband mellan ett misslyckat arbetsmarknadsinträde och risk för framtida arbetslöshet.

I samband med 90-talskrisen skedde också en markant ökning av antalet tillfälliga anställningar på arbetsmarknaden. Bland sysselsatta i gruppen 16-24 år ökade denna andel med drygt 60 procent (från 29 till 47 procent) mellan 1990 och 2000. Även om tillfälliga anställningar i många fall kan underlätta steget in på arbetsmarknaden genom att fungera som en språngbräda mot fast anställning, finns en risk att grupper med en redan svag ställning på arbetsmarknaden blir överrepresenterade bland dessa. En mer otrygg anställningsform kan i sin tur få negativa effekter på den faktiska och upplevda hälsan. Waenerlund med flera (2011) drar slutsatsen att den ökade risken att förlora arbetet kan vara en orsak till varför personer med tillfällig anställning oftare upplever psykiska besvär än personer med fast anställning. Det är alltså fullt tänkbart att förändringen av ungdomarnas möjligheter att etablera sig i arbetslivet har haft betydelse för den ökning vi sett av antalet unga med aktivitetsersättning.

### 3.6 Samhällets normer och attityder

Debatten i samhället har betydelse för människors medvetenhet, uppfattningar och kunskap om sjukdomar och diagnoser. Psykiska besvär och stressrelaterade problem har fått mycket uppmärksamhet i media och detta kan ha påverkat människor på åtminstone två sätt. Ökad information och diskussion om psykisk ohälsa kan ha bidragit till ökad uppmärksamhet på egna upplevelser av liknande karaktär. Den ökade uppmärksamheten kan även ha medfört en normalisering och minskad stigmatisering av psykiska besvär, vilket kan ha medfört att benägenheten att bejaka sådana besvär har ökat.<sup>28</sup> Symtom som trötthet, oro och ångest är subjektiva mått som mycket väl kan tänkas påverkas av förändrade attityder och värderingsmönster i samhället.<sup>29</sup>

Att samhällets normer och attityder kan påverka individens beteende har visats av bland annat Hesselius med flera (2009), som på basis av ett omfattande experiment studerar sjukfrånvaron bland anställda vars arbetskamrater ökade sin sjukfrånvaro. Författarna konstaterar att den studerade gruppen, som en konsekvens av kollegornas ökade sjukfrånvaro, på ett signifikant sätt ökade även sin egen sjukfrånvaro.

#### *Sammanfattning*

Studier har framhållit ett antal hypoteser till varför allt fler unga individer beviljas aktivitetsersättning. Sannolikt är att utvecklingen inte kan tillskrivas enbart en av dessa utan beror av flera och sannolikt också i kombination med varandra. Dessutom kan även andra orsaker som inte har diskuterats här ha haft betydelse.

Att möjligheten att beviljas aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång sannolikt har bidragit till utvecklingen har konstaterats i tidigare utredning. En allt större andel av de allt fler som beviljas aktivitetsersättning för första gången får den för att kunna avsluta sina grund- eller gymnasiestudier. I en kommande ISF-rapport kommer bland annat att studeras de bakomliggande mekanismerna till denna utveckling.

Övriga hypoteser har inte en lika direkt koppling till utvecklingen men kan likväl ha haft stor betydelse. En försämrad psykisk hälsa hos ungdomar är naturligtvis en direkt förklaring, men då ställs genast frågan vad en sådan utveckling i sin tur beror på. Har den exempelvis ett samband med de försämrade skolresultaten och den efter 1990-talskrisen svårare arbetsmarknaden för ungdomar? Utvärderingar visar att de skolreformer som genomfördes i början på 1990-talet ökade andelen elever som lämnade grundskola och gymnasium med ofullständiga betyg. Detta bör i sin

tur ha försämrat deras möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden. Forskning visar också att en dålig start i arbetslivet i form av arbetslöshet kan få långsiktigt negativa effekter. Även om inga studier finns av den direkta kopplingen mellan skolresultat respektive arbetsmarknaden och sannolikheten att beviljas aktivitetsersättning, är det inte otänkbart att ett sådant samband finns.

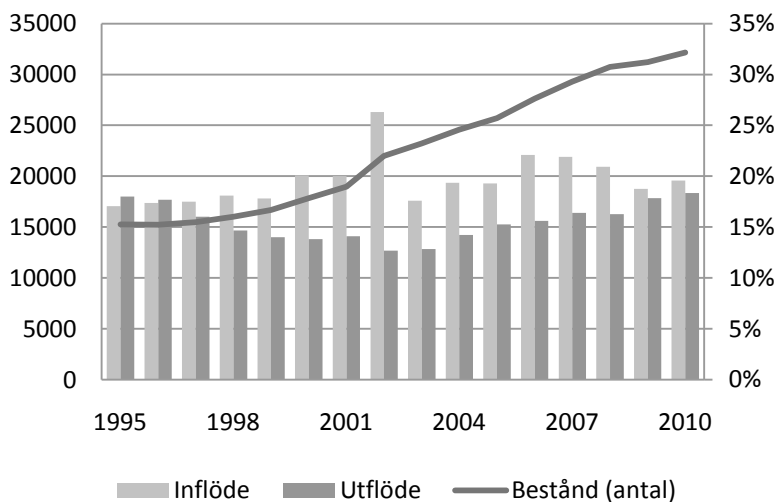
## 4 Aktivitetsersättningens utveckling

### 4.1 Utvecklingen i Sverige

I inledningskapitlet konstaterades att antalet individer med aktivitetsersättning ökat dramatiskt bland unga i Sverige på senare år. I detta avsnitt beskrivs utvecklingen för åren 1995 till 2010. Begreppet aktivitetsersättning används här även för förtidspension och sjukbidrag under perioden 1995-2002, och i vissa övergångsfall också för sjukersättning för unga. Här studeras antalet individer med aktivitetsersättning en given tidpunkt (beståndet), de som har påbörjat en period med aktivitetsersättning (inflödet) samt de som av olika anledningar avslutat en period med aktivitetsersättning (utflödet).<sup>30</sup>

Antalet unga med aktivitetsersättning har fördubblats sedan 1995. I juli 2010 hade över 30 000 individer aktivitetsersättning. Under dessa år har antalet unga som för första gången fått aktivitetsersättning varit högre än antalet som lämnat ersättningen. En översiktlig bild av denna utveckling ges i figur 1, där antalet individer som påbörjat respektive avslutat en period med aktivitetsersättning ställs i relation till antal individer med aktivitetsersättning i slutet av varje år.

Figur 1. Påbörjade och avslutade perioder med aktivitetsersättning som andel (höger axel) av antal individer med aktivitetsersättning (vänster axel) 1995-2010



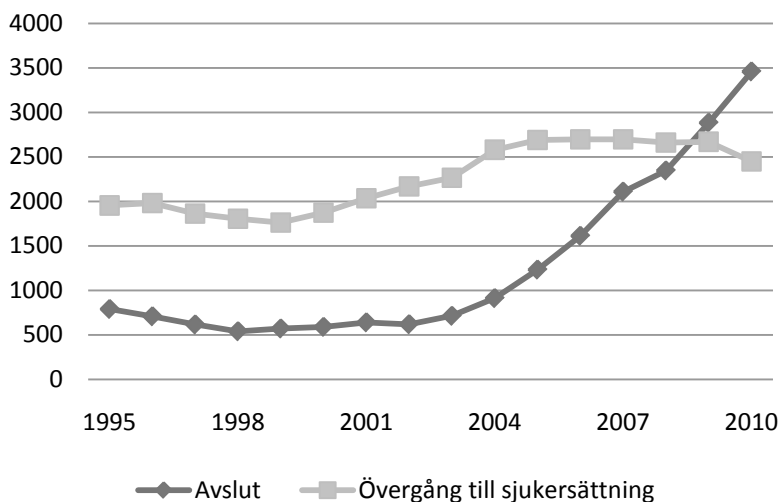
Källa: Försäkringskassan MiDAS april 2011.

Anm.: 2010 avser juli 2010 respektive perioden augusti 2009 – juli 2010.

Antalet unga med aktivitetsersättning var i slutet av 1990-talet relativt stabilt. I slutet av respektive år bestod de till cirka 18 procent av individer som påbörjat en ersättningsperiod under året. Resterande del hade därmed aktivitetsersättning ett år tidigare. I början av 2000-talet inleddes en trend som bestod i att antalet individer som påbörjade en period med aktivitetsersättning var betydligt fler än de som avslutade en ersättningsperiod. Som störst var denna skillnad 2002 inför kommande regelförändringar 2003 (se kapitel 2). Denna uppgång skedde under en tid då antalet sjukskrivningar ökat kraftigt för såväl unga som äldre under flera år. Vidare har utflödet ökat sedan 2003 och antalet nya mottagare har börjat minska sedan 2008. Sammantaget har detta gjort att ökningen av antalet med aktivitetsersättning sedan 2008 har avstannat något.

Många av dem som avslutar en period med aktivitetsersättning fortsätter emellertid med sjukersättning efter fyllda 30 år. I figur 2 delas utflödet upp i hur många individer som övergår till sjukersättning respektive avslutar ersättningsperioden helt.

Figur 2. Avslutade perioder med aktivitetsersättning 1995-2010



Källa: Försäkringskassan MiDAS april 2011.

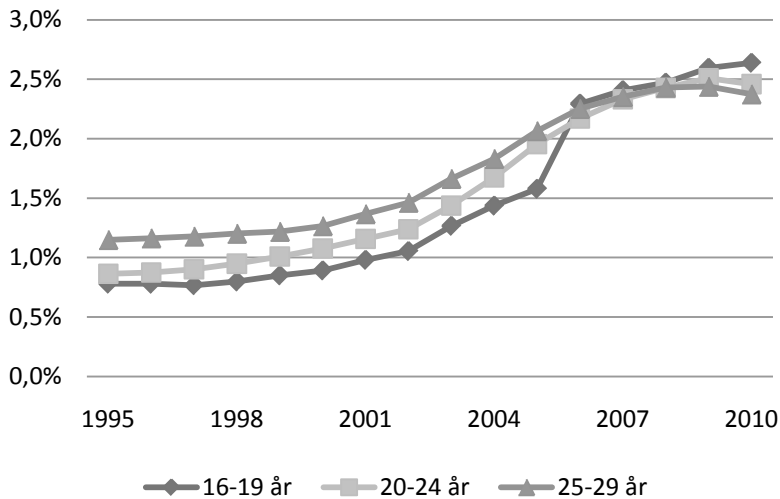
Anm.: 2010 avser perioden augusti 2009 – juli 2010.

Merparten av dem med aktivitetsersättning som fyller 30 år övergår till den mer permanenta ersättningsformen sjukersättning. Utvecklingen för övergångar till sjukersättning följer således antalet 29-åringar i beståndet och har därmed legat förhållandevis stabilt under de studerade åren. För övriga som avslutat en ersättningsperiod med aktivitetsersättning är tendensen en annan. Mellan 1995 och 2004 var det färre än tusen individer per år som av olika anledningar avslutade sina perioder med aktivitetsersättning före 30-årsdagen. Sedan dess har antalet avslutade perioder ökat med i genomsnitt cirka 30 procent per år och passerade 2009 antalet övergångar till sjukersättning. En bidragande orsak till denna utveckling är att aktivitetsersättning sedan 2003 som tidigare nämnts inte bara kan beviljas personer med nedsatt arbetsförmåga, utan också personer med olika funktionsnedsättningar som behöver längre tid på sig att avsluta sin grund- eller gymnasieutbildning, så kallad förlängd skolgång.<sup>31</sup> Ersättningsperioderna för denna grupp avslutas av naturliga skäl före 30-årsdagen eftersom ersättning endast kan ges så länge studierna pågår. Däremot kan de efter avslutade studier uppfylla kriterierna för att beviljas aktivitetsersättning till följd av nedsatt arbetsförmåga och därmed fortsätta uppbära aktivitetsersättning. Även bland dem som beviljats aktivitetsersättning till följd av nedsatt arbetsförmåga har antalet avslutade ersättningsperioder ökat. Ökningen bland dessa har i genomsnitt varit

cirka 18 procent per år sedan 2004. Vad som händer efter en avslutad period med aktivitetsersättning studeras närmare i kapitel 6.

Ökningen av antalet ungdomar med aktivitetsersättning under perioden 1995-2010 syns ännu tydligare om man relaterar den till antalet unga i befolkningen. Andelen unga med aktivitetsersättning har ökat från 1 procent 1995 till 2,5 procent 2010. Störst är den relativa ökningen för åldersgruppen 16-19 år, men även för 20-24-åringar har andelen nästan tredubblats.

Figur 3. Andel med aktivitetsersättning i befolkningen 16-29 år 1995-2010



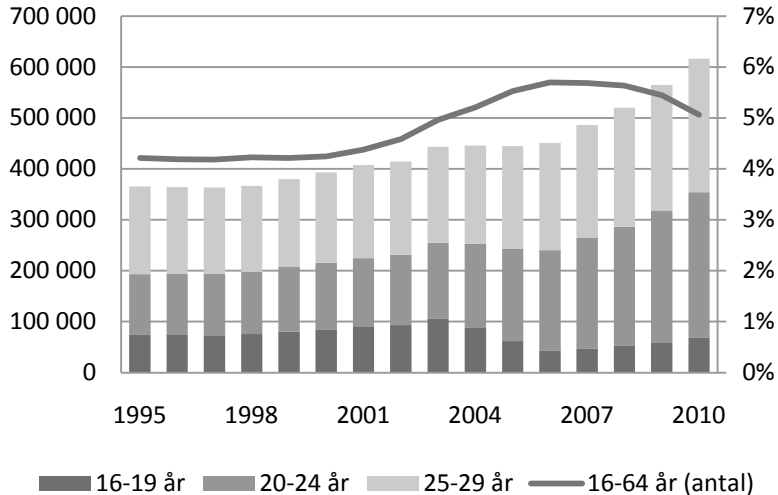
Källa: Försäkringskassan MiDAS oktober 2010.

Anm.: 2010 avser perioden augusti 2009 – juli 2010 och bör ses som preliminära. Mellan 2002 och 2005 förändras lägsta ålder för dem med aktivitetsersättning successivt från 16 till 19 år.

I dag är aktivitetsersättning relativt vanligast bland 19-åringar (se figur 3), men skillnaderna är små i förhållande till de två andra åldersgrupperna. Ökningen mellan 2005 och 2006 för individer yngre än 20 år förklaras i första hand av ändringen av åldersgränsen från 16 till 19 år 2003 (se tidigare beskrivning i kapitel 2). Denna medförde att individer födda 1987 tidigast kunde beviljas aktivitetsersättning 2006, medan individer födda 1986 kunde beviljas aktivitetsersättning som 16-åring 2002 enligt det äldre regelverket. De 19-åringar som beviljades aktivitetsersättning 2003-2005 var därmed en särskild grupp individer som av olika anledningar inte fick aktivitetsersättning som 16-åringar före 2003.

De unga med aktivitetsersättning är fortfarande få i förhållande till alla som har sjuk- och aktivitetsersättning. De ungas andel är idag 6 procent, vilket nästan är en fördubbling jämfört med 1995. Detta framgår av figur 4.

Figur 4. Antal med sjuk- och aktivitetsersättning 1995-2010 (vänster axel) och de ungas andel av samtliga (höger axel)



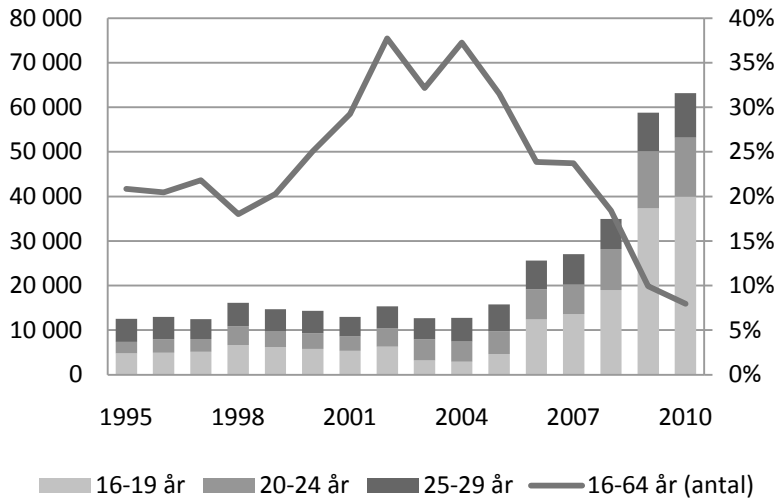
Källa: Försäkringskassan MiDAS oktober 2010.

Förutom vad ett tidigt inträde i aktivitetsersättning innebär ekonomiskt och socialt för individen, medför trenden att de med aktivitetsersättning i genomsnitt blir allt yngre även att kostnaden för staten blir relativt allt högre på lång sikt. Försäkringskassan beräknar årligen kostnaden i form av den så kallade ohälsoskulden, som vid en given tidpunkt anger hur mycket sjukförsäkringen kan förväntas betala ut i framtiden till dem som för närvarande uppbär antingen sjukpenning eller sjuk- och aktivitetsersättning.<sup>32</sup> Av aktivitetsersättningsutredningen<sup>33</sup> framgår att dessa framtida förväntade utbetalningar beräknades till 69 miljarder kronor för individer 19-29 år med aktivitetsersättning år 2007. Detta utgjorde drygt 12 procent av motsvarande belopp på 553 miljarder kronor för samtliga med sjuk- och aktivitetsersättning, att relatera till de 5 procent av mottagarna som 2007 var under 30 år.

Att utvecklingen går mot en allt högre andel ungdomar i gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning framgår tydligt om man ser till vilka som idag beviljas ersättning (se figur 5). Mellan åren 1995 och 2005 var ungas andel av nytillkomna i gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning

6-8 procent. Andelen hade ökat till 30 procent 2009, en trend som fortsatt in på 2010.

Figur 5. Antal påbörjade perioder med sjuk- och aktivitetsersättning 1995-2010 (vänster axel) och de ungas andel av samtliga (höger axel)



Källa: Försäkringskassan MiDAS oktober 2010.

Anm.: 2010 avser perioden augusti 2009 – juli 2010 och bör ses som preliminära.

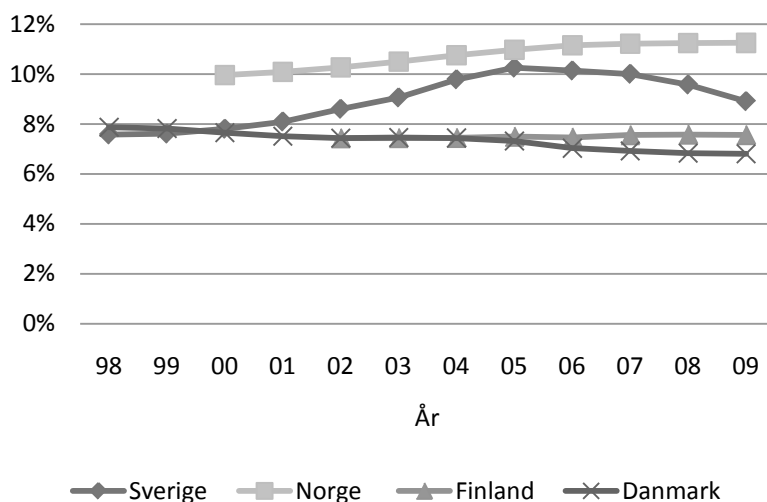
Som framgår av figur 5 sammanfaller ökningen av andelen unga med en generell minskning av antalet nya med sjuk- och aktivitetsersättning, som framför allt har skett för individer över 30 år med sjukersättning. Den största ökningen av andelen unga inträffade mellan 2008 och 2009. Detta torde hänga samman med de nya reglerna för beviljande av sjuk- och aktivitetsersättning, som infördes juli 2008. De innebar bland annat att möjligheten att beviljas tidsbegränsad sjukersättning togs bort. Den kraftiga ökningen av andelen unga bland nya mottagare på senare år förklaras därmed främst av att antalet äldre personer i befolkningen som beviljas sjukersättning har minskat.

## 4.2 En liknande utveckling i andra länder

För att sätta utvecklingen inom sjuk- och aktivitetsersättningen i ett sammanhang är det relevant att jämföra den svenska utvecklingen med motsvarande ersättningsformer i våra grannländer.

Försäkringsskyddet för unga med långvarigt eller stadigvarande nedsatt arbetsförmåga skiljer sig åt mellan länderna. Norge och Finland har system bestående av både permanent förtidspension och en tidsbegränsad ersättningsform, liknande det system som fanns i Sverige till och med 2002. Danmark har däremot enbart ett system av permanent förtidspension. Utöver detta skiljer sig systemen åt bland annat med avseende på inträdeskrav, ersättningsnivåer och åldersgränser.<sup>34</sup> Den svenska aktivitetsersättningen har således ingen exakt motsvarighet i de andra länderna. Trots skillnaderna är det likväl intressant att jämföra hur stor andel individer som befinner sig i respektive lands ersättningsystem för långvarigt eller stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. För att underlätta läsningen refererar vi nedan till individer som uppbär sjuk- och aktivitetsersättning, oavsett vilka länders system som åsyftas. Vid referens till unga upp till 29 år används termen aktivitetsersättning.

Figur 6. Mottagare av sjuk- och aktivitetsersättning i hela befolkningen (16-66\* år) som andel av befolkningen i åldersgruppen, procent



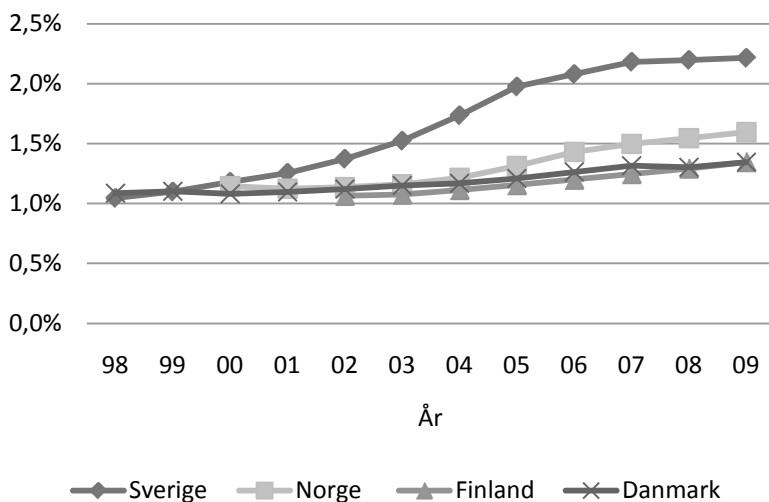
Källa: Försäkringskassan, Statistiska centralbyrån, NAV, Statistisk sentralbyrå, Pensjonsskyddsentralen, Statistikcentralen, Ankestyrelsen, Danmarks statistik.  
 Anm.: \*Åldersgränserna varierar mellan länderna.

Andelen mottagare av sjuk- och aktivitetsersättning skiljer sig åt mellan länderna, från 6,8 procent i Danmark till 11,2 procent i Norge 2009. Under perioden har andelen varit högst i Norge där en kontinuerlig ökning skett sedan 2000. I Sverige ökade andelen mellan 1998-2005 för

att därefter minska. I Finland och Danmark har andelen i ersättningsformen varit relativt konstant respektive minskat under perioden.

Utvecklingen för ungdomar skiljer sig från utvecklingen för befolkningen i sin helhet (se figur 7). Andelen individer i åldern 16-29 år med aktivitetsersättning har ökat i samtliga länder. Från att ha varit på jämförbara nivåer år 2000 har ökningen varit tydligast i Sverige, där andelen har stigit från 1 procent 1998 till 2,2 procent 2009. Till viss del kan ökningen i Sverige förklaras av den förändrade åldersgränsen för rätten till aktivitetsersättning.

Figur 7. Mottagare av aktivitetsersättning i åldrarna 16\*-29 år som andel av befolkningen i åldersgruppen, procent



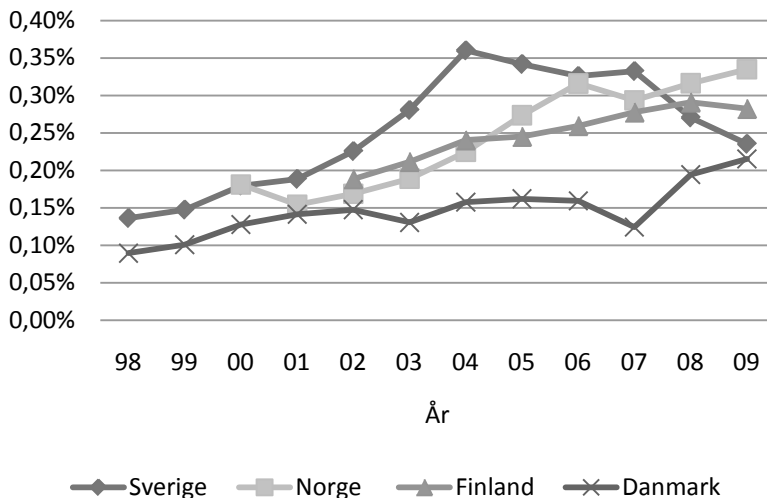
Källa: Försäkringskassan, Statistiska centralbyrån, NAV, Statistisk sentralbyrå, Pensjonsskyddsentralen, Statistiskentralen, Ankestyrelsen, Danmarks statistik.  
 Anm: \*Den nedre åldersgränsen varierar mellan länderna. År 2003 ändrades den lägre åldersgränsen i Sverige från 16 till 19 år.

I samtliga undersökta länder har en större andel män än kvinnor aktivitetsersättning bland unga. I Sverige är dock skillnaden mellan könen mindre än i övriga länder.

Figur 8 visar utvecklingen av andelen unga som varje år beviljas aktivitetsersättning, nedan kallat nybeviljanden, för individer i åldern 20-29 år. Anledningen till att inte inkludera den yngsta åldersgruppen, upp till 19 år, är för att underlätta jämförelsen länderna emellan över tid. Det är dock viktigt att notera att det är just i denna grupp som ökningen av antalet nybeviljanden har varit som tydligast i Sverige. Av figuren fram-

går att andelen har ökat över tid i samtliga länder. Från 2004 har emellertid andelen minskat i Sverige, men fortsatt öka i övriga länder.

Figur 8. Nybeviljanden av aktivitetsersättning i åldrarna 20-29 år som andel av befolkningen i åldersgruppen, procent



Källa: Försäkringskassan, Statistiska centralbyrån, NAV, Statistisk sentralbyrå, Pensjonsskyddsentralen, Statistikkentralen, Ankestyrelsen, Danmarks statistik.

Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar dominerar kraftigt bland diagnoser som ligger till grund för aktivitetsersättning bland unga i samtliga undersökta länder. I Sverige hade cirka 70 procent av de som beviljades aktivitetsersättning 2009 en psykisk diagnos. Motsvarande andel i Finland var cirka 75 procent, och i Norge och Danmark var andelarna cirka 60<sup>35</sup> respektive drygt 80 procent. Andelen unga i befolkningen som beviljas aktivitetsersättning med en psykisk diagnos har dessutom ökat i samtliga länder under den studerade tidsperioden. För befolkningen som helhet är dessa andelar lägre, 20-50 procent i de studerade länderna.

Vid en uppdelning i åldersgrupper bland de unga kan tydliga könsskillnader urskiljas. Inom åldersgruppen upp till 19 år är det i samtliga länder fler män än kvinnor som beviljas aktivitetsersättning. Detta kan troligtvis förklaras av att medfödda psykiska sjukdomar och funktionshinder är vanligare bland pojkar än flickor.<sup>36</sup> Bland pojkar är dessutom neuropsykiatriska problem, som autism eller hyperaktivitet, vanligare än bland flickor och sådana problem uppkommer i tidiga åldrar. Bland flickor dominerar emotionella symtom, som depression, vilka oftast uppkommer

under tonåren.<sup>37</sup> I åldersgrupperna 20-24 år och 25-29 är andelen kvinnor i stället större än andelen män i ett flertal av länderna.

### *Sammanfattning*

Utvecklingen med allt fler unga med aktivitetsersättning är en trend som återfinns även i våra grannländer. Från en nivå på omkring 1 procent av åldersgruppen 2000, har andelen ökat i samtliga länder. Ökningen har dock varit tydligast i Sverige, där andelen uppgick till 2,2 procent 2009. I samtliga länder dominerar psykiska diagnoser kraftigt inom aktivitetsersättningen.

## 5 Inflödet till aktivitetsersättning

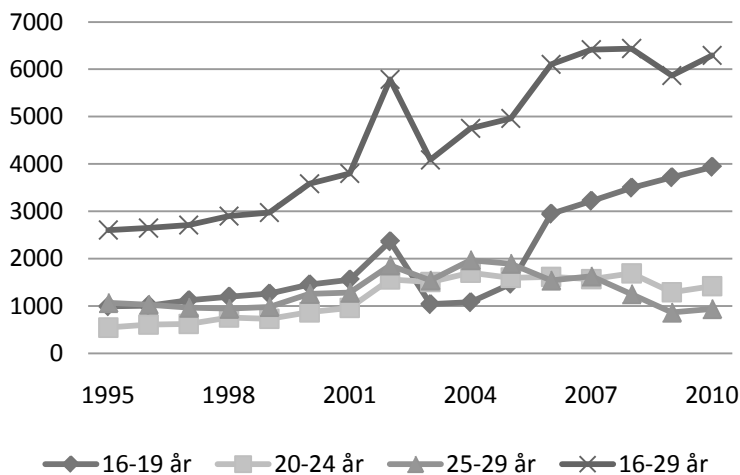
I detta kapitel beskrivs inflödet till aktivitetsersättning sedan 1995. Analysen delas upp i en del där utvecklingen över tid analyseras och vad som utmärker dem som beviljats aktivitetsersättning, samt en del där riskfaktorer för att få aktivitetsersättning studeras.

### 5.1 Vilka får aktivitetsersättning?

#### *Den allmänna bilden*

I figur 9 redovisas utvecklingen av antalet individer som beviljats aktivitetsersättning mellan 1995 och 2010 för åldersgrupperna 16-19, 20-24 och 25-29 år. Sedan 2006 har drygt 6 000 individer per år tillkommit i denna ersättning, vilket är mer än dubbelt så många som 1995. Den allmänna trenden att fler och fler beviljas aktivitetsersättning har dock börjat avta de senaste åren.

Figur 9. Antal påbörjade perioder med aktivitetsersättning 1995-2010



Källa: Försäkringskassan MiDAS mars 2011.  
Anm.: 2010 avser perioden augusti 2009 – juli 2010.

De som idag utgör den största andelen av alla nya mottagare av aktivitetsersättning är den yngsta åldersgruppen. Som tidigare nämnts består denna grupp sedan 2003 endast av 19-åringar. Trots detta står denna yngsta åldersgrupp också för den största ökningen sedan 1995, med en fyrfaldig ökning av antalet individer som beviljats aktivitetsersättning respektive år. Nedgången 2003-2005 skedde som en följd av ändringen av åldersgränsen.

En bidragande orsak till den kraftiga ökningen i den yngsta åldersgruppen är tillkomsten av aktivitetsersättning under förlängd skolgång. År 2009 utgjorde individer med förlängd skolgång 4 av 5 av alla 19-åringar som beviljades aktivitetsersättning. Ökningen de senaste åren för 19-åringar gäller också för individer med nedsatt arbetsförmåga, även om denna ökning inte är lika markant.

För individer i åldern 20-29 år är utvecklingen en annan. För dessa skedde den största ökningen fram till och med 2002. Tydligast är detta för individer mellan 20 och 24 år, med tre gånger så många beviljanden 2002 som 1995. Denna relativt höga nivå har sedan dess och fram till och med 2008 legat förhållandevis konstant.

Till 2009 syns dock en minskning för både individer i åldrarna 20-24 och 25-29 år.<sup>38</sup> En orsak kan vara de regelförändringar som trädde i kraft i

juli 2008, bland annat infördes då en vidare definition av begreppet arbetsförmåga. Numera ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till hela arbetsmarknaden, vilket gör det svårare att beviljas aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Enligt statistik från Försäkringskassan fördubblades också andelen avslag på ansökan om sjuk- och aktivitetsersättning för personer yngre än 30 år från 12 till 24 procent mellan 2007 och 2009.<sup>39</sup>

Det kan därmed konstateras att stabiliseringen av antalet nya mottagare av aktivitetsersättning sedan 2006 är en följd av en stadig ökning bland 19-åringar, främst för aktivitetsersättning till följd av förlängd skolgång, i kombination med en minskning för de något äldre som beviljas aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Den senare utvecklingen har sannolikt uppstått som en följd av regelförändringen 2008.

Att 2002 utmärker sig i figur 9 beror delvis på den förändring av den lägsta åldersgränsen från 16 till 19 år som medförde en nedgång till 2003. Många beviljades också ersättning retroaktivt 2003 eller senare enligt det äldre regelverket. Att antalet beviljade aktivitetsersättningar var så högt mellan 2002 och 2007 beror delvis också på att det var en period då många långtidssjukskrivna skrevs över till aktivitetsersättning. Detta gjordes med stöd av ett mål i budgetpropositionen för 2003:

”Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.”<sup>40</sup>

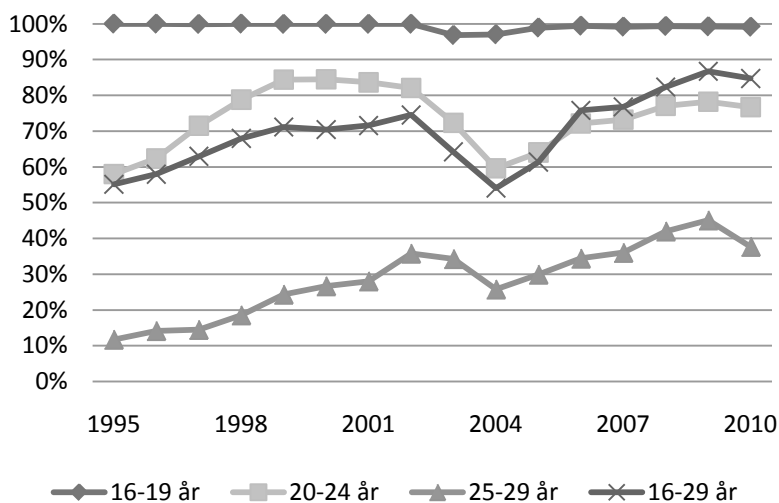
Riksrevisionen konstaterade i en granskning 2005 att det främst är regeringens övergripande mål om en minskning av antalet sjukpenningdagar som konkretiserats till mål av Försäkringskassan. Mot bakgrund av detta skedde många övergångar från sjukpenning till sjuk- och aktivitetsersättning.<sup>41</sup> Det resurstillskott som försäkringskassorna fick från och med 2001 avsattes enligt Riksrevisionen bland annat för att bedöma rätten till sjukpenning i långa sjukfall, där alternativet kunde vara sjuk- eller aktivitetsersättning.

#### *Allt färre får inkomstrelaterad aktivitetsersättning*

Aktivitetsersättning kan utbetalas i form av garantiersättning och inkomstrelaterad ersättning. Inkomstrelaterad ersättning ges till individer som tidigare har arbetat i Sverige. Ersättningen från sjukförsäkringen per år uppgår till 64 procent av tidigare pensionsgrundande inkomst (PGI).<sup>42</sup> Garantiersättning ges till individer som bor i Sverige och utgör ett eko-

nomiskt grundskydd för mottagare av aktivitetsersättning. Ersättningsstorleken beror delvis på ålder men kan som mest uppgå till 2,35 prisbasbelopp per år, vilket 2010 motsvarade drygt 100 000 kronor före skatt.<sup>43</sup> De som har en inkomstrelaterad ersättning under denna nivå får komplettera med garantiersättning så att ersättningen sammanlagt når upp till grundskyddet. I figur 10 redovisas hur vanligt det har varit sedan 1995 att en individ får enbart garantiersättning och därmed inte har någon inkomstrelaterad del alls.

Figur 10. Andel som beviljats enbart garantiersättning av alla påbörjade perioder med aktivitetsersättning 1995-2010



Källa: Försäkringskassan MiDAS oktober 2010.

Anm.: 2010 avser perioden augusti 2009 – juli 2010 och bör ses som preliminära.

Bland individer i åldern 16-19 år som beviljas aktivitetsersättning får nästan samtliga enbart garantiersättning. Orsaken är dels att aktivitetsersättning vid förlängd skolgång i allmänhet endast ges i form av garanti-ersättning, dels att det är få i denna åldersgrupp som har arbetat tidigare och beviljats ersättning för nedsatt arbetsförmåga. Av dem som beviljas aktivitetsersättning i 25-29 års ålder hade nästan hälften endast garantiersättning 2009. År 1995 gällde det endast en av tio. Det främsta undantaget från den uppåtgående trenden är åren mellan 2002 och 2004 då allt fler långtidssjukskrivna, som tidigare beskrivits, övergick till sjuk- och aktivitetsersättning.<sup>44</sup> Den ökande andelen med bara garantiersättning i åldrarna 20-29 år, i kombination med att antalet 16-19-åringar som beviljas aktivitetsersättning har ökat, har tillsammans bidragit till att en

lägre andel får inkomstrelaterad ersättning. Den ekonomiska situationen för dem som beviljas aktivitetsersättning har alltså blivit allt sämre.

### *Den psykiska ohälsan ökar*

Som tidigare påpekats har de flesta unga som får aktivitetsersättning en psykisk sjukdom som ligger till grund för ersättningen. Denna diagnosgrupp har sedan mitten på 90-talet stadigt ökat sin andel och det är en bidragande orsak till den kraftiga ökningen av antalet som får aktivitetsersättning.<sup>45</sup> Bland individer med enbart garantiersättning är det så många som 4 av 5 som har en psykisk sjukdom (se tabell 1). Andelen är lika stor för kvinnor som för män. Merparten av dem som beviljas garantiersättning är som tidigare redovisats 19 år, medan inkomstrelaterad ersättning främst betalas ut till individer 25-29 år.

*Tabell 1.* Diagnoser bland individer som påbörjade en period med aktivitetsersättning 2009, procent

<i>Diagnos</i>	<i>Enbart garantiersättning</i>			<i>Inkomstrelaterad ersättning</i>		
	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Samtliga</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Samtliga</i>
<i>Psykiska sjukdomar</i>	82	81	81	73	74	73
Varav:						
Förstämmningssyndrom (t.ex. depression)	7	4	5	19	11	16
Neurotiska syndrom (t.ex. ångest, reaktioner på svår stress)	8	5	6	19	14	17
Psykisk utvecklingsstörning	27	27	27	2	5	3
Störningar av psykisk utveckling (t.ex. autism)	19	25	22	4	10	6
Beteendestörningar (t.ex. ADHD)	9	13	12	8	11	9
<i>Sjukdomar i rörelseorganen</i>	1	0	1	10	3	8
<i>Sjukdomar i nervsystemet</i>	4	3	4	4	5	5
<i>Övriga sjukdomar</i>	14	15	14	13	18	14
<i>Antal (100 procent)</i>	1 902	2 430	4 332	274	741	2 369

*Källa:* Försäkringskassan MiDAS oktober 2010.

*Anm.:* Individer utan registrerad diagnos ingår ej i redovisningen.

Nästan hälften av alla nya mottagare av garantiersättning 2009 hade olika former av utvecklingsstörningar. För de något äldre som har en inkomstrelaterad ersättning är olika former av depressioner och stressrelaterade

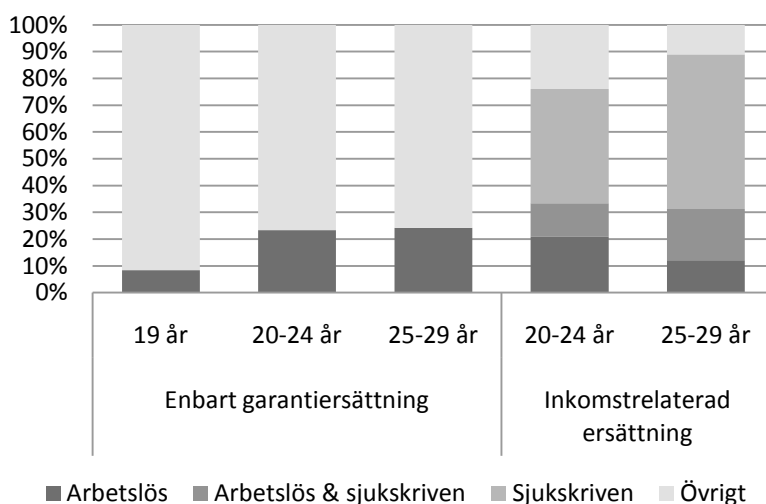
sjukdomar den vanligaste grunden till ersättning. Beteendestörningar som ADHD är också vanligt förekommande i båda ersättningsformerna och stod 2009 för en tiondel av alla påbörjade perioder med aktivitetsersättning. Beteendestörningar står också för den största relativa ökningen sedan 2006. Denna utveckling gäller för samtliga åldersgrupper, men är allra tydligast för individer mellan 25 och 29 år, med en nästan trefaldig ökning på bara tre år.

Sjukdomar i rörelseorganen förekommer i princip endast bland de något äldre som beviljas inkomstrelaterad ersättning. Dessa diagnoser förekommer i tre gånger så hög utsträckning bland kvinnor som bland män. Detta förhållande gäller i samtliga åldersgrupper med störst skillnad i åldersgruppen 25-29 år.

### Många har erfarenhet av sjukskrivning och arbetslöshet

Många som beviljas inkomstrelaterad aktivitetsersättning kommer närmast från en period som sjukskriven. Det gäller dock inte individer som beviljas enbart garantiersättning, eftersom dessa individer i regel inte har arbetat tillräckligt för att kunna få sjukpenning. Däremot förekommer det att de är inskrivna som arbetssökande på Arbetsförmedlingen. Vad som föregick aktivitetsersättning för dem som påbörjade en period 2009 redovisas i figur 11.

Figur 11. Andelen som kommer ifrån arbetslöshet respektive sjukskrivning bland individer som påbörjade en period med aktivitetsersättning 2009



Källa: Försäkringskassan MiDAS oktober 2010.

Anm.: 19-åringar med inkomstrelaterad ersättning är för få att redovisa.

Av dem som beviljades inkomstrelaterad ersättning 2009 kom majoriteten, 67 procent, direkt från en period med sjukpenning. Som högst var denna andel 2005, då 85 procent var sjukskrivna i direkt anslutning till perioden med aktivitetsersättning. Bland nya mottagare av ersättningen har kvinnor i något större utsträckning än män genom åren haft erfarenhet av sjukskrivning.

Erfarenhet av arbetslöshet i anslutning till en påbörjad period med aktivitetsersättning är också vanligast bland dem som beviljas inkomstrelaterad ersättning och som därmed har haft en arbetsmarknadsanknytning. Men det förekommer även bland dem som endast får garantiersättning. Skillnaderna mellan kvinnor och män är små.

Merparten av unga med inkomstrelaterad ersättning som inte har någon nära erfarenhet av varken sjukskrivning eller arbetslöshet hade ett arbete innan. Detsamma gäller också vissa av dem som beviljas garantiersättning. Att de inte fått någon inkomstrelaterad ersättning beror på att inkomster från de närmast föregående 1-2 åren inte ingår i det inkomstunderlag som ligger till grund för ersättning.

## 5.2 Analys av riskfaktorer för att motta aktivitetsersättning

I detta avsnitt presenteras resultatet av statistiska analyser som genomförts för att studera risken för unga att beviljas aktivitetsersättning.<sup>46</sup> Av denna anledning analyseras dessa båda grupper separat. I analysen studeras så kallade *oddskvoter*, som anger sannolikheten att beviljas aktivitetsersättning för en viss grupp av individer jämfört med en vald referensgrupp. En oddskvot på 2 innebär en dubbelt så hög sannolikhet och en oddskvot på 0,5 innebär en hälften så stor sannolikhet att beviljas aktivitetsersättning jämfört med referensgruppen, det vill säga den valda jämförelsegruppen.<sup>47</sup> I analysen separeras mellan de som mottar enbart garantiersättning respektive inkomstrelaterad ersättning.

I tabell 2 redovisas sannolikheten att ha beviljats aktivitetsersättning 2008, vilket var året under den studerade perioden som antalet beviljanden var som högst (se figur 9). I bilaga 3 ges en fullständig presentation över resultatet för åren 2001-2009. I den första kolumnen i tabellen presenteras antalet nya individer med aktivitetsersättning per 1 000 i befolkningen (promille). Oddskvot A i nästa kolumn översätter denna andel till ett slags relativ risk, där de grupper som valts som referensgrupp har värdet 1. Exempelvis har kvinnor och män 1,4 respektive 0,8 påbörjade perioder med inkomstrelaterad aktivitetsersättning per 1 000 i befolkningen. Kvinnor har därmed cirka 64 procent fler påbörjade perioder i befolkningen, vilket också framgår av oddskvoten på 1,64 för kvinnor.

Att kvinnor beviljas inkomstrelaterad aktivitetsersättning i högre grad än män skulle dock delvis kunna förklaras av det faktum att kvinnor i högre grad är sjukskrivna än män och därmed på förhand har en högre sannolikhet att få inkomstrelaterad aktivitetsersättning. I oddskvot B har hänsyn tagits till ett antal identifierbara faktorer, däribland erfarenhet av sjukskrivning, så att kvinnor och män i högre utsträckning blir jämförbara.<sup>48</sup> Oddskvoten för kvinnor minskar då till 1,15. Denna skillnad är dock inte statistiskt säkerställd, vilket innebär att modellen inte ger något stöd för att det skulle finnas oförklarade skillnader mellan könen i sannolikheten

att beviljas inkomstrelaterad aktivitetsersättning. Skillnaden mellan oddskvot A och B visar därmed betydelsen av de bakomliggande faktorerna. Det är emellertid viktigt att komma ihåg att den använda modellen inte ger en komplett bild över vilka faktorer som kan tänkas påverka inflödet till aktivitetsersättning. Den räcker dock en bit på väg för att ge en ökad förståelse för vilka faktorer som ökar risken att få aktivitetsersättning.

Till skillnad från beviljandet av inkomstrelaterad aktivitetsersättning finns, allt annat lika, en signifikant skillnad mellan könen vad gäller sannolikheten att få garantiersättning 2008. Sannolikheten är i genomsnitt högre för kvinnor. Intressant att notera är att kvinnor tvärtom har en signifikant lägre sannolikhet att beviljas aktivitetsersättning då ingen hänsyn tas till bakomliggande faktorer betydelse (oddskvot A). Tidigare studier har visat att kvinnor med större sannolikhet får aktivitetsersättning; detta resultat visar sig alltså 2008 endast gälla garantiersättning.<sup>49,50</sup>

Tabell 2. Relativ sannolikhet att få aktivitetsersättning 2008

	Enbart garantiersättning			Inkomstrelaterad ersättning		
	Antal per 1000	Oddsquot A	Oddsquot B	Antal per 1000	Oddsquot A	Oddsquot B
<b>Kön</b>						
Kvinnor	3,9	0,86***	1,08**	1,4	1,64***	1,15
Män	4,6	1	1	0,8	1	1
<b>Ålder</b>						
19	25,4	9,71***	5,68***	-	-	-
20-24	2,7	1	1	0,7	1	1
25-29	1,0	0,37***	0,47***	1,5	2,06***	0,87
<b>Utrikesfödd</b>						
Ja	3,0	0,67***	0,47***	0,9	0,81***	0,81
Nej	4,5	1	1	1,1	1	1
<b>Region</b>						
Stockholm A	3,4	1	1	0,8	1	1
Göteborg A	3,6	1,01	1,21***	1,1	1,45***	1,23
Malmö A	3,1	0,92	1,13	0,7	0,95	0,98
Större städer	4,3	1,29***	1,30***	1,2	1,57***	1,14
Mellanbygd	5,8	1,72***	1,47***	1,3	1,65***	1,08
Tätbygden	5,8	1,72***	1,53***	1,7	2,29***	1,23
Glesbygden	5,5	1,63***	1,23***	1,5	1,95***	1,03
<b>Utbildningsnivå</b>						
Förgymnasial	23,4	17,22***	17,48***	3,2	2,64***	1,61***
Gymnasial	1,4	1	1	1,2	1	1
Eftergymnasial	0,4	0,26***	0,61***	0,4	0,31***	0,68***
<b>Bransch och sysselsättning</b>						
D Tillverkning	-	-	-	0,7	0,68**	0,80
G Handel	-	-	-	0,6	0,59***	0,70**
H Hotell & restaurang	-	-	-	0,6	0,63	0,72
I Transport	-	-	-	0,6	0,57***	0,73
K Fastighet	-	-	-	0,6	0,58***	0,76
M Utbildning	-	-	-	0,7	0,67**	0,81
N Hälso- och sjukvård	-	-	-	1,0	1	1
Övriga	-	-	-	0,8	0,77*	0,88
Ej förvärvsarb	-	-	-	24,4	24,5***	1,92***
<b>Barn</b>						
Ja	1,5	0,32***	0,46***	1,7	1,64***	0,6***
Nej	4,7	1	1	1,0	1	1
<b>Arbetslös 2 år tidigare</b>						
0 dagar	4,8	1	1	0,6	1	1
1-179 dagar	3,1	0,66***	1,05	0,8	1,30***	1,00
180-365 dagar	3,1	0,65***	1,25***	1,8	3,00***	1,45***
1-2 år	3,9	0,83***	1,58***	3,7	6,25***	2,31***
<b>Sjukskriven 2 år tidigare</b>						
0 dagar	-	-	-	0,2	1	1
1-179 dagar	-	-	-	1,6	7,65***	6,77***
180-365 dagar	-	-	-	22,4	107,86***	81,04***
1-2 år	-	-	-	115,7	615,33***	332,09***

Anm.: \*\*\*, \*\* och \* anger signifikans på 1-, 5- respektive 10-procentsnivån. Oddsquoter är skattade med hjälp av logistisk regression (LOGIT).

Flera tidigare studier visar att låg utbildningsnivå och låg ålder ökar sannolikheten att beviljas aktivitetsersättning.<sup>51</sup> Detta resultat återfinns även här. Lågutbildade har framför allt en betydligt högre risk att beviljas garantiersättning, men det gäller även i viss mån för inkomstrelaterad aktivitetsersättning. Att garantiersättning utmärker sig i det här avseendet 2008 är inte så förvånande med tanke på att många beviljas aktivitetsersättning för att kunna slutföra sin grund- eller gymnasieutbildning och därmed är lågutbildade vid beviljandet. Dessa skillnader är också större 2008 än vad de var före 2003, då denna möjlighet inte fanns. Även då aktivitetsersättning endast kunde beviljas för nedsatt arbetsförmåga var skillnaderna stora. Det torde hänga samman med att funktionsnedsättning och ohälsa ökar sannolikheten för låg utbildning.

Var fjortonde 19-åring beviljades aktivitetsersättning på enbart garanti-nivå 2008. De allra flesta av dessa har som tidigare påpekats beviljats aktivitetsersättning vid förlängd skolgång. Även vid hänsyn tagen till bakomliggande faktorer har de mångdubbelt högre sannolikhet att få garantiersättning, men lägre sannolikhet att få inkomstrelaterad ersättning i jämförelse med individer 20-24 år. För individer 25-29 år råder det motsatta förhållandet att risken är högre att beviljas inkomstrelaterad aktivitetsersättning än för individer 20-24 år. Detta går också i linje med vad som konstaterades i avsnitt 5.1, men kompletterar tidigare studier, där inkomstrelaterad ersättning inte studerats särskilt. Dessa funna samband hänger samman med skillnader i arbetsmarknadsanknytning mellan studerade åldersgrupper.

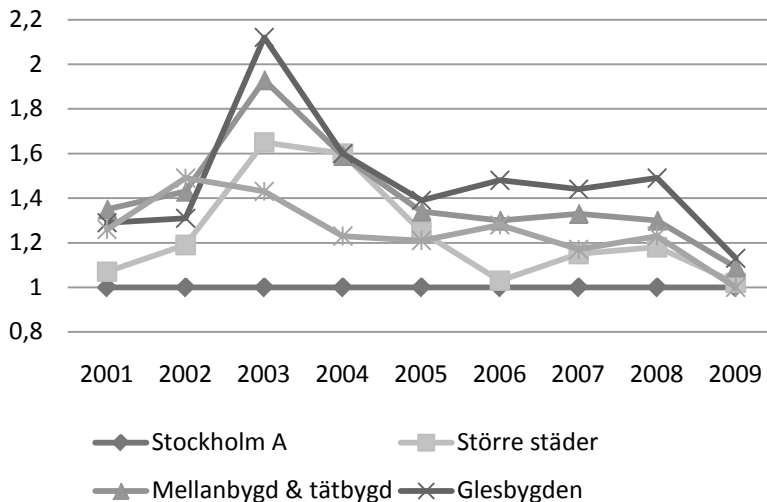
Av tabell 2 framgår också att utrikesfödda har lägre risk att beviljas enbart garantiersättning än inrikesfödda, men att det inte finns någon motsvarande skillnad för inkomstrelaterad aktivitetsersättning. Utrikesfödda är i lägre grad än inrikesfödda sjukpenningförsäkrade.<sup>52</sup> Exempelvis var endast 56 procent av alla kvinnor 19-64 år födda i Mellanöstern och Nordafrika sjukpenningförsäkrade 2009, att jämföra med 89 procent för inrikesfödda kvinnor i motsvarande ålder. Bland dem som bedöms vara sjukpenningförsäkrade finns det alltså ingen fastställd skillnad i risken att beviljas inkomstrelaterad aktivitetsersättning mellan inrikes- och utrikesfödda.

Vissa skillnader i sannolikheten att så småningom motta inkomstrelaterad aktivitetsersättning kan också konstateras mellan olika branscher. Framför allt är det relativt fler förvärvsarbetande inom hälso- och sjukvården än inom andra branscher som får inkomstrelaterad aktivitetsersättning. Dessa signifikanta skillnader för 2008 kvarstår dock inte när hänsyn tas till bakomliggande faktorer.<sup>53</sup> Individer som inte var förvärvsarbetande

året före, men som ändå har tillräckliga inkomster för att ingå i riskgruppen för att få inkomstrelaterad ersättning, har en dubbelt så hög risk att beviljas inkomstrelaterad aktivitetsersättning som förvärvsarbetande (oavsett bransch).<sup>54</sup> De som får aktivitetsersättning är alltså en grupp som redan från början har svag anknytning till arbetsmarknaden, något som förstärks ju längre individen är kvar med aktivitetsersättning.

Det finns också vissa regionala skillnader i sannolikheten att beviljas aktivitetsersättning. I analysen används SCB:s H-regionsindelning som grupperar kommuner efter lokalt och regionalt befolkningsunderlag längs skalan storstad–glesbygd.<sup>55</sup> Individer boende i tätbygd, mellanbygd och större städer hade 2008 högre risk att starta en period med enbart garantiersättning än individer bosatta i storstadsområden som Stockholm/Södertälje och Malmö/Lund/Trelleborg.<sup>56</sup> För sannolikheten att beviljas inkomstrelaterad ersättning finns inga signifikanta skillnader när hänsyn tagits till bakomliggande faktorer. Trenden är dock att de regionala skillnaderna på senare år successivt har minskat. Detta gäller framför allt för sannolikheten att beviljas enbart garantiersättning, vilket framgår av figur 12, där den relativa sannolikheten att beviljas enbart garantiersättning mellan 2001 och 2009 redovisas för olika typer av regioner.<sup>57</sup>

Figur 12. Relativ sannolikhet att beviljas enbart garantiersättning 2001-2009 fördelat på H-region i jämförelse med individer boende i Stockholm



Källa: Försäkringskassan MiDAS oktober 2010.

Anm.: I figuren redovisas Göteborg och Malmö/Lund/Trelleborg tillsammans med större städer. För egna estimat för dessa regioner, se bilaga 3.

Individer bosatta i mellanbygd och tätbygd hade 2003 mer än dubbelt så hög risk att beviljas enbart garantiersättning som en individ bosatt i Stockholmsområdet. Till 2009 hade dessa skillnader i det närmaste försvunnit, vilket är en allmän trend för samtliga regioner.<sup>58</sup> För inkomstrelaterad aktivitetsersättning är detta inte lika tydligt, men tendensen är densamma (se bilaga 3).

Resultatet om minskade regionala skillnader stämmer väl överens med slutsatserna från en tidigare ISF-rapport, där bland annat de regionala skillnaderna bland nybeviljanden av sjuk- och aktivitetsersättning i åldrarna 20-64 år studerades.<sup>59</sup> I den rapporten drogs slutsatsen att regionala skillnader ökade i samband med stora regelförändringar, och att dessa därmed på kort sikt påverkar likformigheten i tillämpningen negativt. En tolkning som görs är att det kan vara en signal om att viss osäkerhet föreligger om hur reglerna ska tillämpas. I figur 12 utgör 2003 ett exempel på detta för unga med aktivitetsersättning. Emellertid återfinns i figuren ingen motsvarande ökning av de regionala variationerna till följd av de förändringar av reglerna för sjuk- och aktivitetsersättning som infördes 2008. Detta kan sannolikt förklaras av att förändringarna inom aktivitetsersättningen inte var lika omfattande som de som gjordes inom sjukersättningen.

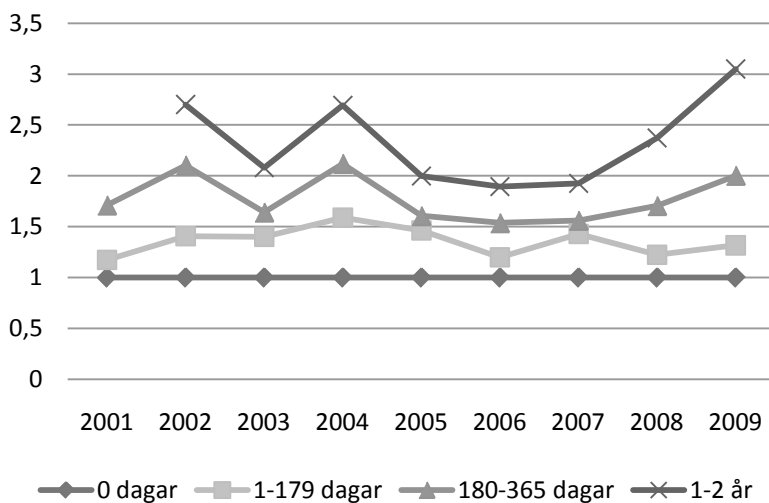
Vidare har de regionala skillnaderna i andelen avslag på ansökningar om aktivitetsersättning minskat. År 2008 låg andelen avslag enligt Försäkringskassans statistik i Jönköpings och Värmlands län på 4 respektive 38 procent, det vill säga en skillnad på hela 34 procentenheter mellan länen med lägst respektive högst avslagsfrekvens. Till 2009 hade denna skillnad minskat till 17 procentenheter (15 respektive 32 procent för samma län).<sup>60</sup> En möjlig förklaring till dessa minskade regionala skillnader i avslagsfrekvensen kan vara den omorganisation som Försäkringskassan genomgått, då de tidigare 21 försäkringskassorna blev en myndighet 2005. Sedan dess har gemensamma handläggningsprocesser, så kallade Ensa-processer, tagits fram, och 2008 var ett nytt kontorsnät på plats. Ett av syftena med dessa förändringar har varit att öka likabehandlingen i försäkringen över landet. Om det finns något orsakssamband mellan omorganisationen och de minskade regionala skillnaderna i beviljandet av garantiersättning går dock inte att fastställa utifrån denna analys.

När det slutligen kommer till betydelsen av erfarenhet av sjukskrivning och arbetslöshet, kan det konstateras att tidigare sjukpenningdagar som väntat är den faktor som har störst betydelse för sannolikheten att beviljas inkomstrelaterad aktivitetsersättning.<sup>61</sup> Denna sannolikhet ökar

också med antalet sjukskrivningsdagar under de närmaste två föregående åren (se tabell 2).

Sannolikheten för att beviljas aktivitetsersättning är vidare högre för unga med erfarenhet av lång arbetslöshet. Detta gäller både för unga med enbart garantiersättning och för dem med inkomstrelaterad ersättning. Intressant är dock att sannolikheten att beviljas garantiersättning för individer som varit arbetslösa i 1-2 år under de senaste två åren före perioden med aktivitetsersättning har ökat väsentligt sedan 2007. Detta framgår av figur 13. Samtidigt har motsvarande sannolikhet för övergång till inkomstrelaterad aktivitetsersättning minskat i motsvarande grad (se bilaga 3).<sup>62</sup> Eftersom ersättningen som arbetslös ligger till grund för nivån för aktivitetsersättning, ska resultatet tolkas som att relativt fler av dem som beviljades aktivitetsersättning 2009, och som hade erfarenhet av arbetslöshet, saknade arbetslöshetsersättning. Det är i sammanhanget viktigt att poängtera att compensationen som sådan inte behöver ha blivit lägre, detta eftersom garantiersättningen träder in och förhindrar att ersättningen sjunker under en viss gräns.

*Figur 13.* Relativ sannolikhet att beviljas enbart garantiersättning för individer 20-29 år fördelat på arbetslöshetserfarenhet 2001-2009



*Källa:* Försäkringskassan MiDAS oktober 2010.

Att färre av dem som kommer från arbetslöshet saknar rätt till arbetslöshetsersättning hänger sannolikt samman med de förändringarna av arbetslöshetsförsäkringen som genomfördes under 2007. Bland annat

höjdes avgiften för att vara medlem i en arbetslöshetskassa, och ersättningsnivån sänktes för långa arbetslöshetsperioder. Dessutom togs det så kallade *studerandevillkoret* bort, som gjorde det möjligt att kvalificera sig för arbetslöshetsersättning genom heltidsstudier. Förändringarna gjorde det både svårare och mindre attraktivt att uppfylla villkoren för rätt till arbetslöshetsersättning.

Utvecklingen är intressant, eftersom forskningen visar att de ekonomiska villkoren har betydelse för användningen av sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen. Ju mer generösa villkoren är, desto mer används försäkringen. Två studier har konstaterat att de skilda villkoren i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen påverkar i vilken utsträckning människor rör sig mellan systemen.<sup>63</sup>

Försämringarna inom arbetslöshetsförsäkringen kan alltså inte bara förväntas ha påverkat de arbetslösas drivkrafter att söka ett arbete utan också att söka andra inkomstkällor, däribland aktivitetsersättning. Huruvida detta ligger bakom den utveckling som redovisas i figur 13 är emellertid en fråga för framtida forskning att besvara.

### *Sammanfattning*

Sammanfattningsvis kan det konstateras att den tydliga ökning av antalet individer som årligen påbörjar en period med aktivitetsersättning som pågått under en längre tid på senare år har avstannat. Utvecklingen skiljer sig dock åt för olika åldersgrupper. För individer yngre än 20 år fortsätter trenden med en stadig ökning av antalet beviljanden. Merparten av dessa individer beviljas aktivitetsersättning vid förlängd skolgång.

För individer mellan 20 och 29 år går trenden i motsatt riktning. Det nya regelverket som trädde i kraft juli 2008 kan förklara en del av denna utveckling, då det sedan dess har skett en fördubbling av andelen som årligen nekas aktivitetsersättning. Detta torde vara en följd av att fler nu inte lever upp till kraven som satts för att få aktivitetsersättning, när arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till hela arbetsmarknaden.

En markant ökning har sedan 2004 skett bland unga med aktivitetsersättning som enbart är kvalificerade för garantiersättning, och därmed inte till någon inkomstrelaterad ersättning. Utvecklingen hänger delvis samman med den konstaterade ökningen av unga som får aktivitetsersättning för förlängd skolgång. Som konstaterats även i andra sammanhang dominerar de psykiska sjukdomarna kraftigt bland dem som årligen beviljas aktivitetsersättning.

Noterbart är också den förskjutning som skett bland tidigare arbetslösa där relativt fler än tidigare är hänvisade till enbart den lägre garanti-ersättningen. Detta hänger med stor sannolikhet samman med de förändringar av ersättningsvillkoren inom arbetslöshetsförsäkringen som genomfördes 2007 och som gjorde det både svårare och mindre ekonomiskt fördelaktigt att vara försäkrad vid arbetslöshet.

De tidigare stora regionala skillnaderna i antalet som årligen beviljas aktivitetsersättning har minskat. Till 2009 har dessa skillnader för sannolikheten att beviljas enbart garantiersättning i det närmaste försvunnit. Försäkringskassans nya organisation och arbete med en mer likformig handläggning kan vara en delförklaring till denna utveckling. Vidare studier behövs dock för att undersöka detta närmare.

## 6 Utflödet från aktivitetsersättning

### 6.1 Den allmänna bilden

Tidigare studier har visat att en stor andel av dem som beviljas aktivitetsersättning också har ersättningen under mycket lång tid. Försäkringskassan (2007f) konstaterar exempelvis att mindre än 1 procent per år av dem som beviljades ersättning mellan 1995 och 2005 lämnade ersättningen och övergick till arbetsmarknaden.

Bilden av ett mycket begränsat utflöde från aktivitetsersättning bekräftas av tabell 3. I den redovisas hur stor andel av dem som har beviljats aktivitetsersättning genom åren som har kvar ersättningen efter olika varaktighet.<sup>64</sup> Notera att övergång till sjukersättning vid 30 års ålder inte betraktas som ett avslut av ersättningsperioden. Av de ärenden som följts längst, det vill säga de som påbörjades 1995 och 1998, pågick 71 respektive 73 procent fortfarande 10 år senare. Många av dessa ärenden hade därmed övergått till att bli sjukersättningsärenden. Som väntat är takten med vilken mottagarna avslutar en ersättningsperiod avtagande, det vill säga relativt fler avslutar en period tidigt än sent.

En jämförelse mellan ärenden påbörjade olika år ger att perioderna med aktivitetsersättning blev allt längre mellan 1995 och 2001, för att därefter bli kortare. Notera exempelvis den markanta minskningen av andelen pågående ärenden efter två års varaktighet från 93 till 79 procent mellan 2001 och 2007.

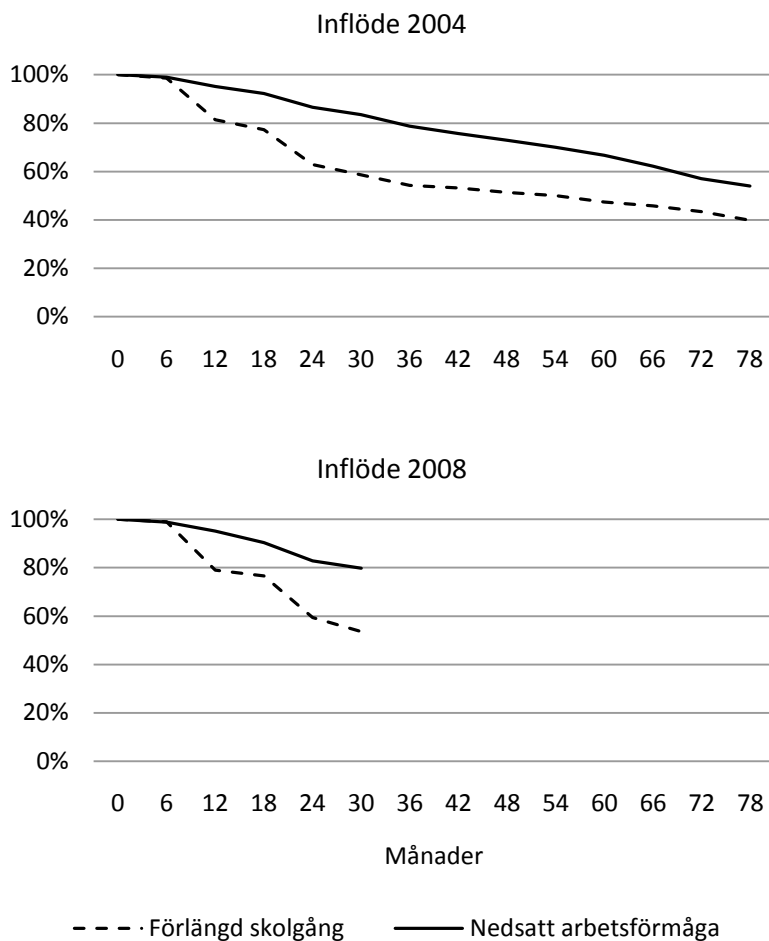
Tabell 3. Andel (procent) pågående ärenden efter olika varaktighet fördelat på startår

Startår	Antal år		
	2	5	10
1995	88	78	71
1998	92	82	73
2001	93	82	
2004	84	65	
2007	79		

Anm: Antal observationer, 1995: 2 584, 1998: 2 875, 2001: 3 773, 2004: 4 721, 2007: 6 401.

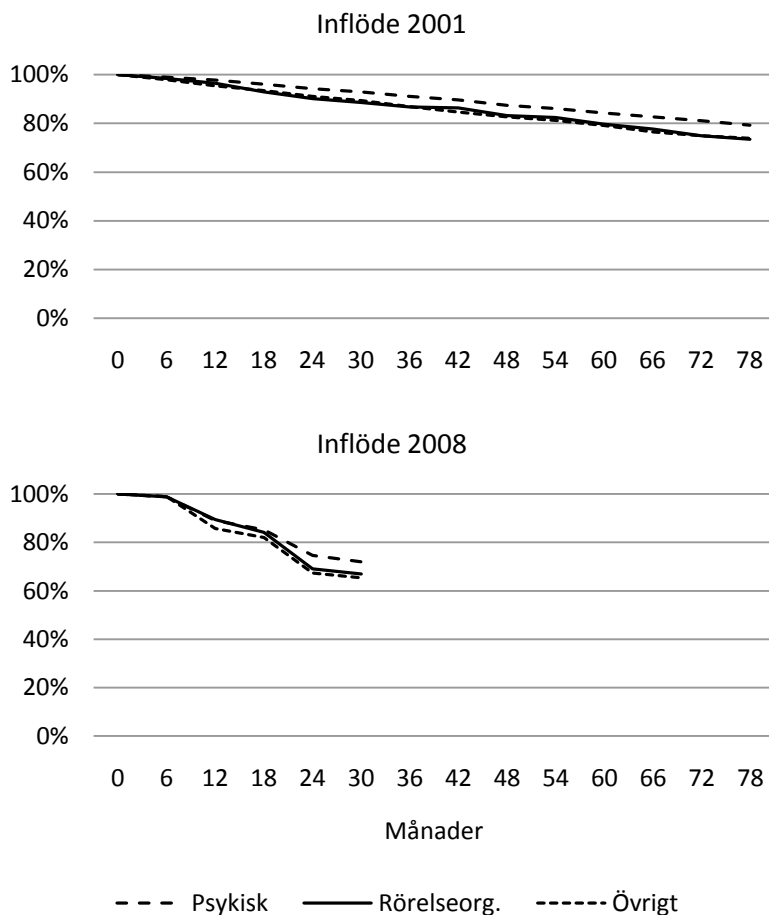
I figur 14 och 15 redovisas hur stor andel av mottagarna som fortfarande uppbär ersättning efter olika tider, för olika delgrupper. I föregående avsnitt konstaterades att det är bland 19-åringar som får ersättning för förlängd skolgång som den stora ökningen har skett under de senaste åren. I figur 14 redovisas hur stor andel av dem som fick aktivitetsersättning för förlängd skolgång respektive för nedsatt arbetsförmåga 2004 och 2008 som kvarstod med ersättning efter olika lång tid. Som väntat är de förstnämndas ersättningsperioder kortare än de sistnämndas, det vill säga relativt fler av dem som får ersättning för förlängd skolgång avslutar sina ersättningsperioder förhållandevis snabbt. För båda de studerade åren uppstår skillnaden mellan 6 och 12 månader in i ersättningsperioden då cirka 20 procent i gruppen med förlängd skolgång har avslutat sina perioder. Efter två år har ungefär 40 procent lämnat aktivitetsersättning medan motsvarande andel i gruppen med nedsatt arbetsförmåga är 13-17 procent. Mönstret var detsamma både 2004 och 2008.

Figur 14. Andel kvarstående efter olika varaktighet fördelat på ersättningsform, ärenden påbörjade 2004 och 2008



I figur 15 fördelas ärenden efter medicinsk diagnos.<sup>65</sup> Avsnitt 5.1 visade att de psykiska diagnoserna är de klart dominerande bland dem som årligen beviljas aktivitetsersättning. Av figurerna framgår att unga med dessa diagnoser också i genomsnitt blir kvar längre i aktivitetsersättning än andra. Av ärenden som påbörjades 2008 kvarstod 75 procent av unga med en psykisk diagnos efter 2 år. Motsvarande andel för övriga var 67 procent. Även 2001 var varaktigheten för psykiska diagnoser längre än för övriga. En jämförelse mellan åren visar dock att perioderna med aktivitetsersättning, oavsett medicinsk diagnos, har blivit kortare.

Figur 15. Andel kvarstående efter olika varaktighet fördelat på diagnos, ärenden påbörjade 2001 och 2008



## 6.2 Faktorer som samvarierar med hur länge man har aktivitetsersättning

I detta avsnitt studeras hur en individs egenskaper och erfarenheter samvarierar med längden på ersättningsperiod. I likhet med i motsvarande analys i avsnitt 5.2 kontrolleras för betydelsen av andra, bakomliggande faktorer som också kan förväntas påverka hur länge man uppbär ersättning. Ett värde över 1 i tabell 4 anger den relativa ökningen av en viss individegenskap på sannolikheten att lämna aktivitetsersättning vid olika tidpunkter jämfört med referensgruppen. Ett värde mindre än 1 anger den

relativt minskade sannolikheten. De sistnämnda faktorerna kan alltså betraktas som riskfaktorer för att motta ersättningen under en lång tid. Resultaten reserveras för att modellen inte till fullo fångar allt som påverkar ersättningsperiodens längd.

Resultaten i tabell 4 avser analyser för ärenden påbörjade 1995, 2001 och 2004. För att göra analysen jämförbar mellan åren är uppföljningsperioden cirka 5 år för samtliga startår. Tabellen visar att de faktorer som förkortar respektive förlänger tiden med aktivitetsersättning i de flesta fall är desamma mellan åren, även om styrkan i sambandet kan variera något. Exempelvis har kvinnor, allt annat lika, lägre sannolikhet att avsluta sina ersättningsperioder vid olika tidpunkter än män. Detsamma gäller utrikes födda jämfört med födda i Sverige och låg- jämfört med högutbildade. För andra faktorer har relationen inte varit lika stabil. Exempelvis har den yngsta åldersgruppen, som förut hade de i genomsnitt längsta ersättningsperioderna, numera de klart kortaste. Detta hänger som tidigare nämnts samman med införandet av ersättning för förlängd skolgång 2003.

Noterbart är också att unga som får inkomstrelaterad aktivitetsersättning, vid kontroll för bakomliggande faktorer, avslutar sina perioder snabbare än de som får garantiersättning 2001 och 2004. Resultatet går till synes emot resultaten i figur 14, som visade att de med ersättning för förlängd skolgång lämnade ersättningen snabbare än de med ersättning för nedsatt arbetsförmåga. Ersättningsform samvarierar emellertid i stor utsträckning med ålder. Om ålder inte inkluderas i analysen, finns ingen signifikant skillnad med avseende på ersättningsform i tabell 4. Dessutom är gruppen med ersättning för förlängd skolgång och gruppen med garantiersättning inte ömsesidigt uteslutande. Det finns individer som har garantiersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Tabell 4. Analys av riskfaktorer för att uppbära aktivitetsersättning under lång tid. Ärenden påbörjade 1995, 2001, och 2004

	1995	2001	2004
Man	1.00	1.00	1.00
Kvinna	0.92	0.82***	0.83***
- 19 år	1.00	1.00	1.00
20-24 år	1.56***	1.15	0.63***
25-29 år	1.55***	0.74**	0.55***
Inrikes född	1.00	1.00	1.00
Utrikes född	0.61***	0.84	0.91
Garantiersättning	1.00	1.00	1.00
Inkomstrelaterad ersättning	0.64***	1.23*	1.25***
<=Grundskola	1.00	1.00	1.00
>=Gymnasium	1.25**	1.29**	1.08
Boende utanför storstad	1.00	1.00	1.00
Boende i storstad	1.17*	1.40***	1.05

Anm: \*\*\*, \*\* och \* anger signifikans på 1-, 5- respektive 10-procentsnivån. Grupp med siffran "1" utgör referensgrupp. Cox' regressionsmodell har använts i skattningarna. I den skattas sannolikheten att avbryta en ersättningsperiod vid en viss tidpunkt, givet att den pågått fram till dess. I modellen har endast inkluderats faktorer som kan analyseras samtliga startår. Av den anledningen har ersättning för förlängd skolgång inte kunnat analyseras separat. Inte heller diagnos har kunnat inkluderas.

## 6.3 Ökad anknytning till arbetsmarknaden bland dem som lämnar en period med aktivitetsersättning

Trenden sedan 2003 är att perioderna med aktivitetsersättning blir allt kortare. En intressant fråga är vilka aktiviteter och inkomstkällor personer lämnar aktivitetsersättning för. Nedan studeras hur många som hittar sin väg ut i arbetslivet, antingen som anställda eller som inskrivna som arbetssökande vid Arbetsförmedlingen. Att göra en komplett kartläggning av sysselsättning och försörjningskällor hos ungdomar är inte möjligt, eftersom många ännu inte kvalificerat sig för ersättning från de allmänna försäkringarna och därmed inte låter sig följas i offentliga register.

I tabell 5 redovisas hur stor andel av dem som efter olika lång tid har avslutat en period med aktivitetsersättning, och som inom ett år har en anställning alternativt är inskriven som arbetssökande vid Arbetsförmedlingen.<sup>66</sup> Bland anställda inkluderas även de som har ett subventionerat

arbete. Sett över hela perioden har andelen som är i arbete ökat. För unga som fick aktivitetsersättning i mitten på 1990-talet var andelen 21-28 procent beroende på hur lång tid man mottagit ersättning. I början av 2000-talet var samma andel 32-37 procent. För ärenden påbörjade 2006 var andelen uppe i 36 procent för fall som avslutades inom två år. Detta är en betydande ökning. Noterbart är också att andelen som är i arbete ökar med varaktigheten i ersättning, vilket innebär att relativt fler av dem som avslutar en period med aktivitetsersättning efter lång tid har arbete efteråt. Detta kanske något oväntade resultat hänger till viss del samman med att relativt fler av dem som har haft aktivitetsersättning länge får ett subventionerat arbete via Arbetsförmedlingen.

På samma sätt som andelen i arbete har ökat över tid har även andelen som är inskriven vid Arbetsförmedlingen som arbetslös efter avslutad ersättningsperiod ökat. Skillnaderna mellan åren är stora. En jämförelse mellan perioder påbörjade 1999 och 2006 visar att en ökning skett från 11 till 27 procent bland dem som lämnar aktivitetsersättning inom två år.

*Tabell 5.* Andel (procent) av dem som lämnat en period med aktivitetsersättning efter olika varaktigheter, som är anställda respektive är arbetslösa inom ett år, fördelat på startår

Startår	Antal år med aktivitetsersättning					
	<=2	<=4	<=6	<=8	<=10	<=12
1995						
Anställd	21	21	25	26	27	28
Arbetslös	-	-	3	4	5	5
1997						
Anställd	25	28	31	32	32	
Arbetslös	-	7	10	10	9	
1999						
Anställd	25	30	34	36		
Arbetslös	11	11	13	13		
2001						
Anställd	32	34	37			
Arbetslös	9	12	14			
2003						
Anställd	32	39				
Arbetslös	29	24				
2006						
Anställd	36					
Arbetslös	27					

Anm: "-" anges då uppgift saknas. Antal observationer, 1995: 2 605, 1997: 2 712, 1999: 2 973, 2001: 3 800, 2003: 4 087, 2006: 6 104.

### *Sammanfattning*

Tiden som unga uppbär ersättning i form av sjuk- eller aktivitetsersättning har blivit allt kortare de senaste åren. Detta har skett samtidigt som andelen av dem som avslutar en ersättningsperiod och som går ut i arbetslivet, antingen via arbetslöshet eller direkt till anställning, har ökat. Förklaringen är av allt att döma att de som beviljats ersättningen under senare år kraftigt dominerats av unga som får ersättning för att avsluta grundskole- eller gymnasiestudier och alltså inte för att de har nedsatt arbetsförmåga. Mycket tyder alltså på att detta är en grupp som i högre utsträckning än övriga har arbetsförmåga i någon grad.

## Referenser

- Björklund A., Fredriksson P., Gustafsson JE. och Öckert B. (2010) *Den svenska utbildningspolitikens arbetsmarknadseffekter: vad säger forskningen?* IFAU Rapport 2010:13.
- Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. (1999) *Så har vi det 1999! En studie från Göteborg om ungdomars livsstil och hälsa.*
- Dir. 2007:183 *Översyn av aktivitetsersättningen.* Socialdepartementet.
- Dir 2010:48 *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet.* Socialdepartementet.
- Forslund A. och Nordström Skans O. (2006) *(Hur) hjälps ungdomar av arbetsmarknadspolitiska program för unga?* IFAU Rapport 2006:5.
- Försäkringskassan (2006) *På vuxenlivets tröskel.* Temadel i Socialförsäkringsboken 2006.
- Försäkringskassan (2007a) *Diagnosmönster i förändring – nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1971-2005.* Redovisar 2007:3.
- Försäkringskassan (2007b) *Unga med sjuk- och aktivitetsersättning – vilka är de?* Analyserar 2007:8.
- Försäkringskassan (2007c) *Nya sjuk- och aktivitetsersättningar/förtidspensioner - med fokus på yngre med psykiska diagnoser under åren 1995-2005.* Analyserar 2007:11.
- Försäkringskassan (2007d) *Psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen – nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1987-2005.* Redovisar 2007:4.
- Försäkringskassan (2007e) *Förlängd skolgång – en ny väg in i aktivitetsersättning.* Redovisar 2007:7.
- Försäkringskassan (2007f) *Vägen tillbaka – en beskrivande studie av flödet ut från sjuk- och aktivitetsersättning* Analyserar 2007:12.

Försäkringskassan (2009): *Ohälsoskulden 2008*, Socialförsäkringsrapport 2009:8.

Försäkringskassan (2010a): *Socialförsäkringen i siffror 2010*.

Försäkringskassan (2010b) *Aktivitetsersättningen – utvecklingen över tid*. PM 2010-05-06.

Grufman M., Carlsten C., Krabbe M. och Berg-Kelly K. (1999) Health and health behaviours among Swedish adolescents during a period of social change. *Acta Paediatr.* 1999;88(12):1380-4.

Hagquist C., Starrin B., och Sundh M. (2004) *Ung i Värmland 1988-2002*. Karlstad University Studies.

Hall C. (2009) *Förlängningen av yrkesutbildningarna på gymnasiet: effekter på utbildningsavhopp, utbildningsnivå och inkomster*. IFAU Rapport 2009:7.

Hall, C och L Hartman (2009), Moral hazard among the sick unemployed: evidence from a Swedish social insurance reform. *Empirical Economics*, vol. 39 no. 1, s. 27-50.

Hesselius P., Johansson P. och Nilsson P. (2009) *Sick of your colleagues' absence?* IFAU Working paper 2009:2.

Hesselius P. Johansson P. och Vikström J. (2008) *Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro?* IFAU Rapport 2008:11.

Hälsoutskottet, Kungliga vetenskapsakademien (2010) *Barn och ungdomars psykiska hälsa i Sverige, En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid*.

ISF (2010): *Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall – en analys av utvecklingen 1996-2010*, Rapport 2010:6, Inspektionen för Socialförsäkringen.

Kommittédirektiv 2009:84, *Den framtida gymnasiesärskolan*.

Larsson, L (2006), Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance, *The Scandinavian Journal of Economics*, vol 108, s. 97-113.

Nordström Skans O. (2004) *Har ungdomsarbetslöshet långsiktiga effekter?* IFAU Rapport 2004:13.

Prop. 2000/01:96 *Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension*. Socialdepartementet.

Prop. 2002/03:1: Budgetpropositionen för 2003.

Rahmqvist M. och Carstensen J. (1998) Trend of psychological distress in a Swedish population from 1989 to 1995. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1998:26 (3):214-22.

Riksrevisionen (2005): *Förtidspension utan återvändo*, RiR 2005:14.

Rutter M., Caspi A. och Moffitt TE. (2003) Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 44 (8): 1092–115.

Skolinspektionen (2011) *Särskolan, Granskning av handläggning och utredning inför beslut om mottagande*. Regeringsuppdrag 31 januari 2011.

Skolverket (2000) *Hur särskild får man vara? En analys av elevökningen i särskolan*. Dnr 2000:2037.

Skolverket (2002) *I särskola eller grundskola? Integrering, kvalitet, föräldrainflytande*. Rapport 216.

Skolverket (2006) *Kommunernas särskola. Elevökning och variation i andel elever mottagna i särskolan*. Skolverkets aktuella analyser 2006.

Skolverket (2010) *Rustad att möta framtiden? PISA 2009 om 15-åringars läsförståelse och kunskaper i matematik och naturvetenskap*. Rapport 352.

Socialstyrelsen (2009) *Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009*.

SOU 1998:106, *Unga i ohälsöförsäkringen – tid för aktivitet och utveckling*. Socialdepartementet

SOU 2008:102, *Brist på brådska – en översyn av aktivitetsersättningen*. Socialdepartementet.

SOU 2003:35, *För den jag är – om utbildning och utvecklingsstörning*. Utbildningsdepartementet.

Statens folkhälsoinstitut (2004) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. R 2004:15.

Statens folkhälsoinstitut (2009) *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt*. 2009:08.

Statistiska Centralbyrån (2005) *Undersökningar av levnadsförhållanden – ULF*. [www.scb.se](http://www.scb.se)

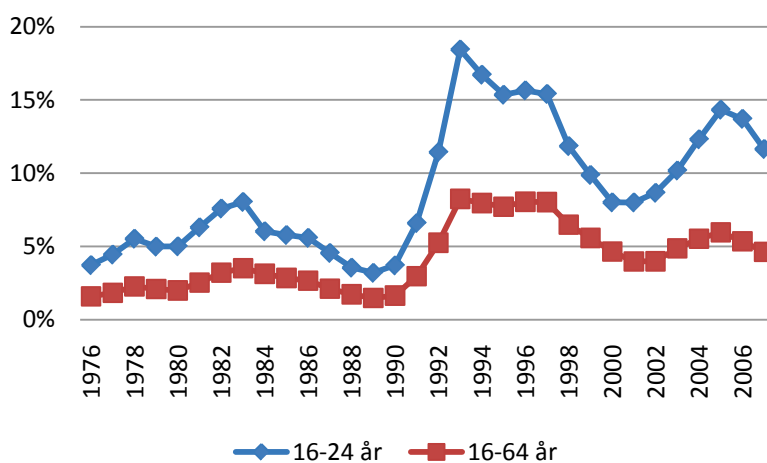
Tideman, M. (2000) *Normalisering och kategorisering. Om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning*. Stockholm. Johansson & Skyttmo förlag.

Waenerlund, A-K, Virtanen, P, och Hammarström, A. (2011) *Is temporary employment related to health status? Analysis of the Northern Swedish Cohort*. Scandinavian Journal of Public Health

Wikman A. (2004) *Indikatorer på förändrade arbetsförutsättningar i Arbetsliv och hälsa*. Arbetslivsinstitutet. Stockholm. Blomberg & Jansson Offsettryck AB.

# Bilaga 1

Figur A1. Arbetslöshet för befolkningen respektive ungdomar över tid, procent



Källa: SCB Arbetskraftsundersökningar (AKU)

## Definitioner

Det datamaterial som i huvudsak använts i denna studie är Försäkringskassans analysdatabas MiDAS – *MikroData för Analys av Socialförsäkringen*. MiDAS innehåller bland annat episoder med sammanhängande utbetalningar av aktivitetsersättning och motsvarande sedan 1994, så kallade SA-fall. Dessa fall kan innehålla kortare uppehåll i en ersättningsperiod om max tre månader. Det är dessa SA-fall som utgör grunden för analysen i denna rapport. Inflödet, beståndet och utflödet som är mått som använts i denna rapport, mäter sådana startade, pågående och avslutade SA-fall. MiDAS är vidare en ”levande” databas som ständigt uppdateras, även för sena retroaktiva utbetalningar. Detta är ett

skäl till att statistik från Försäkringskassans analysdatabas skiljer sig från Försäkringskassans officiella statistik.

Försäkringskassan har officiell statistik som påminner om de mått som presenterats i denna rapport. Nybeviljade individer med sjuk- och aktivitetsersättning, som också användes i avsnitt 4.2 i den nordiska jämförelsen, mäter tidpunkten för beslut om nybeviljande, det vill säga en individs första beslut om rätt till aktivitetsersättning i ett ärende. Den huvudsakliga skillnaden jämfört med inflödet beskriven ovan är alltså redovisningstidpunkten. En individ som exempelvis får beslut om nybeviljande 2003 som avser rätt till ersättning från och med 2002, ett scenario som var ganska vanligt vid övergång från det gamla förtidspensionssystemet, blir det beslutet redovisat 2003 i nybeviljandestatistiken och 2002 i statistik över inflödet. I denna rapport har det senare valts då det bättre speglar utvecklingen ur individens perspektiv.

Försäkringskassan har också officiell statistik över antalet individer med sjuk- eller aktivitetsersättning i december varje år, som mäter antalet individer som får så kallade ordinarie månadsutbetalningar. Genom denna avgränsning kan statistik tas fram snabbt, men i statistiken ingår således inte retroaktiva utbetalningar som utgör en liten del av alla utbetalningar. Dessa ingår i MiDAS och statistiken över antal individer med aktivitetsersättning som presenterats i denna rapport. MiDAS har i denna rapport använts dels för att få en så komplett bild som möjligt, dels för att få en direkt koppling mellan inflöde, bestånd och utflöde.

## Bilaga 2

Tabell B2. Översikt av försäkringsskyddet för unga med stadigvarande eller långvarigt nedsatt arbetsförmåga i Sverige, Norge, Finland och Danmark

Land	Sverige	Norge	Finland	Danmark
<i>Förmånstyp</i>	I Sverige är försäkringsskyddet en del av sjukförsäkringssystemet och består av aktivitetsersättning. För äldre med varaktigt nedsatt arbetsförmåga beviljas sjukersättning. Sjuk- och aktivitetsersättning ersatte det gamla systemet med förtidspension och (tidsbegränsat) sjukbidrag 2003.	I Norge är försäkringsskyddet en del av pensionssystemet och består av uførepensjon och arbeidsavklaringspenger. År 2004 infördes tidsbegränsat uførestønad men denna ersättningsform ersattes av arbeidsavklaringspenger 1 mars 2010.	I Finland är försäkringsskyddet en del av pensionssystemet som består av arbetspension, som grundas på inkomst från förvärsarbete, och folkpension, som är en grundtrygghet som grundas på bosättning. Inom arbetspensionen finns invalidpension och rehabiliteringsstöd. Inom folkpensionen finns sjukpension och rehabiliteringsstöd.	I Danmark är försäkringsskyddet en del av pensionssystemet och består av förtidspension.
<i>Förmånsbeskrivning</i>	<p>                     Aktivitetsersättning (AE) kan beviljas om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska arbetsförmågan i alla arbeten på hela arbetsmarknaden och om nedsättningen kan antas bli bestående minst ett år. AE betalas ut under högst tre år i taget. Även personer som på grund av funktionshinder inte har avslutat sin utbildning på grundskole- eller gymnasienivå har rätt till AE. I                 </p>	<p>                     Uførepensjon kan utges om arbetsförmågan är varaktigt nedsatt med minst 50 procent på grund av sjukdom, skada eller lyte. Uførepensjon är en icke tidsbegränsad ersättning. Om det finns möjlighet att en person kan komma tillbaka till arbete, helt eller delvis, ges i stället tidsbegränsat uførestønad (TU) på upp till fyra år. Beslutsgrunden är densamma som för uførepensjon men kravet på varaktighet praktiseras mindre strängt. För bägge förmånerna                 </p>	<p>                     Invalidpension kan utges om arbetsförmågan är nedsatt med minst två femtedelar till följd av sjukdom, handikapp eller skada. Utöver hälsotillståndet beaktas personens förmåga att bereda sig tillgängligt arbete som han eller hon skäligen kan förväntas kunna utföra, med hänsyn till utbildning, ålder, tidigare verksamhet, boendeförhållanden etc. Invalid- och sjukpension beviljas tillsvidare om det är osannolikt att arbetsförmågan kan återställas. Om det finns hopp om att                 </p>	<p>                     En ny förtidspensionsreform trädde i kraft 2003 och de tidigare fyra formerna av förtidspension ersattes då av endast en form av förtidspension. Förtidspension ges till människor som fått sin arbetsförmåga nedsatt till den grad att de inte kan försörja sig själva. Förtidspension utges inte som partiell ersättning och inte heller för tidsbegränsade perioder av nedsatt arbetsförmåga. Innan förtidspension kan medges måste alla tillgängliga rehabiliteringsmöjligheter för förbättring av arbetsförmågan vara utformade. För personer mellan 60-64 år finns                 </p>

	<p> dessa fall prövas inte arbetsförmågan hos individen. AE ges som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning.</p>	<p> gäller att sökanden ska ha genomgått medicinsk behandling och yrkesinriktad rehabilitering innan ersättning godkänns. TU är nu ersatt med arbetsavklaringspenger. De två formerna är relativt likadana, men anledningen till att en ny ersättningsform infördes var att ett enklare regelverk önskades. Samtliga ersättningsformer kan beviljas partiellt, i förhållande till nedsättningen av arbetsförmågan.</p>	<p> arbetsförmågan kan återställas beviljas istället rehabiliteringsstöd för en viss tid. Invaldpension och rehabiliteringsstöd kan beviljas som hel eller delersättning. Sjukpension beviljas dock inte som delpension.</p>	<p> en möjlighet att träda ur arbetskraften genom så kallad efterlön som individerna själva har betalat avgifter till under sin förvärvsaktiva tid. Efterlön beviljas inte på grund av arbetsförmåga, men personer som återfinns inom sjukersättning och motsvarande system i de övriga länderna, kan finnas bland efterlönsmottagare i Danmark.</p>
<i>Aldersgränser</i>	<p> Aktivitetsersättning kan beviljas från och med den 1 juli det år en person fyller 19 år och som längst fram till månaden före den månad den försäkrade fyller 30 år. Till och med 2002 beviljades förtidspension och sjukbidrag till personer mellan 16-64 år.</p>	<p> Uförepension och tidsbegränsat utförestonad kan beviljas till personer i åldern 18-66 år. Aldersgränsen höjdes från 16 till 18 år 1998.</p>	<p> Invaldpension och rehabiliteringsstöd inom arbetspensionssystemet kan beviljas till personer mellan 18-62 år. Inom folkpensionssystemet är motsvarande åldersgräns 16-64 år. (Åldersgränsen 16-64 år har använts vid beräkning av andelar av befolkningen).</p>	<p> Förtidspension kan beviljas till personer i åldern 18-64 år. Till och med 2002 beviljades förtidspension för personer upp till 66 år.</p>

Källa: Försäkringskassan, NAV, Folkpensionsanstalten, Arbetspension.fi, Borger.dk, Arbejdsdirektoratet, Ministry of Social Affairs Denmark.

## Bilaga 3

Tabell B3a. Relativ sannolikhet att beviljas enbart garantiersättning 2001-2009

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Kön</i>									
Kvinnor	1,01	0,97	1,21***	1,21***	1,12***	1,02	1,03	1,08**	0,88***
Män	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Ålder</i>									
16	1,09	1,26***							
17-19	0,41***	0,48***							
19			1,45***	1,45***	3,68***	5,96***	6,51***	5,68***	4,38***
20-24	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-29	0,66***	0,75***	0,58***	0,58***	0,72***	0,53***	0,6***	0,47***	0,47***
<i>Utrikesfödd</i>									
Ja	0,96	0,99	0,79***	0,79***	0,69***	0,58***	0,55***	0,47***	0,73***
Nej	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Region</i>									
Stockholm A	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Göteborg A	0,97	1,16**	1,84***	1,84***	1,31***	1,06	1,16**	1,21***	1,02
Malmö A	1,22**	1,24***	1,33***	1,33***	1,14	1,00	1,13	1,13	1,02
Större städer	1,35***	1,43***	1,93***	1,93***	1,34***	1,3***	1,33***	1,3***	1,09**
Mellanbygd	1,25***	1,21***	2,13***	2,13***	1,45***	1,43***	1,4***	1,47***	1,11**
Tätbygden	1,4***	1,59***	2,08***	2,08***	1,23**	1,64***	1,58***	1,53***	1,21***
Glesbygden	1,26**	1,49***	1,44***	1,44***	1,21**	1,28***	1,17**	1,23***	1,00

<i>Utbildningsnivå</i>										
Förgymnasial	9,28***	7,6***	10,19***	10,19***	12,25***	16,48***	16,31***	17,48***	8,81***	
Gymnasial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Eftergymnasial	0,36***	0,41***	0,43***	0,43***	0,51***	0,75***	0,66***	0,61***	0,59***	
<i>Barn</i>										
Ja	0,43***	0,47***	0,41***	0,41***	0,49***	0,47***	0,48***	0,46***	0,56***	
Nej	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
<i>Arbetslös 2 år tidigare</i>										
0 dagar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1-179 dagar	1,08	1,36***	1,24***	1,24***	1,31***	1,05	1,26***	1,05	1,76***	
180-365 dagar	1,33***	1,67***	1,21***	1,21***	1,3***	1,21***	1,33***	1,25***	2,2***	
1-2 år	1,85***	1,85***	1,32***	1,32***	1,45***	1,42***	1,41***	1,58***	2,83***	

Anm. \*\*\*, \*\* och \* anger signifikans på 1-, 5- respektive 10-procentsnivån. Oddsquoter skattade med hjälp av logistisk regression (LOGIT)

Tabell B3b. Relativ sannolikhet för individer 20-29 år att beviljas inkomstrelaterad aktivitetsersättning 2001-2009

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Kön</i>									
Kvinnor	1,13***	1,16**	1,2***	1,27***	1,35***	1,4***	1,3***	1,15	1,36***
Män	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Ålder</i>									
20-24	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-29	2,04	1,76***	1,15**	0,94	0,99	1,07	1,11	0,87	0,84**
<i>Utrikesfödd</i>									
Ja	0,92***	1,07	0,92	0,97	1,1	0,84	0,97	0,81	0,84
Nej	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Region</i>									
Stockholm A	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Göteborg A	1,37	1,04	1,64***	1,52***	1,19	1,11	1,05	1,23	0,71**
Malmö A	1,13**	1,24	1,15	0,81	0,66***	0,47***	0,65**	0,98	0,96
Större städer	1,21	1,06	1,12	0,85**	0,85**	0,86	0,99	1,14	0,99
Mellanbygd	1,41	1,12	1,2	1,09	1,03	1,09	1,19	1,08	1,06
Tätbygden	1,75***	1,11	1,34**	0,85	1,13	1,01	1,14	1,23	0,91
Glesbygden	1,39***	1,09	0,98	0,76**	0,91	0,77	0,81	1,03	0,84
<i>Utbildningsnivå</i>									
Förgymnasial	1,38	1,68***	1,64***	1,49***	1,44***	1,58***	1,76***	1,61***	1,57***
Gymnasial	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Eftergymnasial	0,59***	0,75***	0,63***	0,69***	0,62***	0,83**	0,73***	0,68***	0,97

<i>Bransch och sysselsättning</i>										
D(C) Tillverkning	0,61***	0,80	0,88	0,8	0,77**	0,69**	0,61***	0,8	0,69	0,65***
G Handel	0,74**	0,84	0,76	0,63***	0,66***	0,8	0,56***	0,7**	0,65***	
H(I) Hotell & restaurang	0,53	0,61	0,91	0,70	0,86	0,97	0,46**	0,72	0,79	
I(H) Transport	0,48	0,65**	0,67**	0,7**	0,67***	0,68**	0,6***	0,73	0,84	
K(L) Fastighet	0,59***	0,77	0,9	0,94	0,9	1,00	0,75**	0,76	0,62	
M(P) Utbildning	1,26**	1,44	0,87	0,88	0,89	0,83	0,8	0,81	0,7	
N(Q) Hälso- och sjukvård	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Övriga	0,75	0,92	0,91	0,93	0,9	0,82	0,77**	0,88	0,84	
Ej förvärvs- arbetande	1,93***	2,29***	2,01***	2,15***	1,79***	2,04***	1,78***	1,92***	1,45***	
<i>Barn</i>										
Ja	0,68***	0,66***	0,62***	0,63***	0,61***	0,53***	0,6***	0,6***	0,56***	
Nej	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
<i>Arbetslös 2 år tidigare</i>										
0 dagar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1-179 dagar	0,89	0,9	1,02	0,82***	0,94	1,00	0,98	1,00	1,06	
180-365 dagar	1,66	0,96	0,98	0,99	0,95	1,15	1,19	1,45***	1,45***	
1-2 år	1,96***	1,89***	1,89***	1,55***	1,5***	1,87***	2,1***	2,31***	2***	
<i>Sjukskriven 2 år tidigare</i>										
0 dagar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1-179 dagar	5,62***	4,39***	4,84***	5,54***	7,93***	8,49***	6,42***	6,77***	8,39***	
180-365 dagar	110,78***	73,9***	70,09***	82,02***	101,23***	94,02***	81,47***	81,04***	66,51***	
1-2 år	603,35***	475,95***	399,55***	464,04***	585,61***	509,88***	371,14***	332,09***	402,06***	

Anm. \*\*\*, \*\* och \* anger signifikans på 1-, 5- respektive 10-procentnivån. Oddsquoter skattade med hjälp av logistisk regression (LOGIT) Branschtillhörighet mäts för förvärvsarbete. SNI-kod för 2009 som anges inom parentes är ej helt jämförbara.

# Noter

- <sup>1</sup> SOU (2008:102).
- <sup>2</sup> Lag (1962:381) om allmän försäkring (AFL) till och med den 31 december 2010. Sedan den 1 januari 2011 har lagen om allmän försäkring ersatts av socialförsäkringsbalken (2010:110) (SFB).
- <sup>3</sup> 33 kap. 7 § SFB.
- <sup>4</sup> 33 kap. 19 § SFB, Prop. 2000/01:96, s. 70, s. 80, s. 85.
- <sup>5</sup> 33 kap. 21-24 §.
- <sup>6</sup> 33 kap. 3-4 §, 6 §.
- <sup>7</sup> Lag (1962:381) om allmän försäkring (AFL) 7 kap. 3 § före och från och med den 1 juli 2008.
- <sup>8</sup> Dir. (2007:183).
- <sup>9</sup> SOU (2008:102, utgiven den 1 december 2008) s.11.
- <sup>10</sup> Dir. (2010:48).
- <sup>11</sup> Försäkringskassan (2007e) s. 2-6 och Försäkringskassan (2010b) s. 5.
- <sup>12</sup> Detta redovisas i avsnitt 4.1.
- <sup>13</sup> Försäkringskassan (2007e) s. 5 och Kommittédirektiv 2009:84. s. 3.
- <sup>14</sup> SOU 2003:35 s. 84, Skolverket (2000) s. 7, Tideman (2000) s. 166-168 och Skolverket (2006) s. 15.
- <sup>15</sup> Skolverket (2006) s. 14, SOU 2003:35 s. 84-85, Skolverket (2002) s. 12 och Tideman (2000) s. 166-173.
- <sup>16</sup> Skolinspektionen (2011) s. 6-24, SOU 2003:35 s. 87-88, Skolverket (2006) s. 15 och Tideman (2000) s. 166-170.
- <sup>17</sup> Se exempelvis Statistiska centralbyrån (2005), Hagquist med flera (2004), Grufman med flera (1999), Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (1999), och Rahmqvist och Carstensen (1998).
- <sup>18</sup> Hälsoutskottet, Kungliga vetenskapsakademien (2010) s. 15-19.

- <sup>19</sup> Statens folkhälsoinstitut (2004) s. 14.
- <sup>20</sup> Socialstyrelsen (2009) s. 70 och Statens folkhälsoinstitut (2009) s. 5.
- <sup>21</sup> Försäkringskassan (2007a) s. 17.
- <sup>22</sup> International Classification of Diseases (ICD-10), WHO.
- <sup>23</sup> SOU 2008:102 s. 70, Försäkringskassan (2007c) s. 5, 12-16 och Försäkringskassan (2007d) s. 19.
- <sup>24</sup> Försäkringskassan (2006) s. 22-23.
- <sup>25</sup> Skolverket (2010) s. 7-8.
- <sup>26</sup> Björklund med flera (2010) s. 260.
- <sup>27</sup> Forslund och Nordström Skans (2006) s. 6.
- <sup>28</sup> Wikman (2004) s. 167-168.
- <sup>29</sup> Försäkringskassan (2006) s. 96.
- <sup>30</sup> Se vidare bilaga 1 för en beskrivning av datamaterial och definitioner av dessa mått.
- <sup>31</sup> Praxis gällde dock tidigare att studier i princip kunde bedrivas i obegränsad omfattning samtidigt som en person uppbar sjukbidrag (för nedsatt arbetsförmåga) utan att det påverkade rätten till ersättning (SOU 1998:106).
- <sup>32</sup> Försäkringskassan (2009) s. 3.
- <sup>33</sup> SOU 2008:102 s. 72.
- <sup>34</sup> I bilaga 2 ges en beskrivning av ländernas försäkringsskydd vid långvarigt eller stadigvarande nedsatt arbetsförmåga för unga.
- <sup>35</sup> Siffran gäller enbart uførepensjon (förtidspension).
- <sup>36</sup> Försäkringskassan (2006) s. 118.
- <sup>37</sup> Rutter M. med flera (2003) s. 1092-1115.
- <sup>38</sup> Försäkringskassans officiella statistik över nybeviljade aktivitetsersättningar visar inte samma nedgång 2009. Skillnaden är att den statistiken mäter tidpunkten för beslut om nybeviljande, som kan skilja sig från första ersatta månad vid retroaktiva beslut. Detta skedde till viss del i samband med regelförändringen juli 2008, liksom januari 2003 då sjuk- och aktivitetsersättning infördes. I statistiken redovisad i denna rapport, undantaget den nordiska jämförelsen då det inte var möjligt, mäts i stället från och med vilket år individen har rätt till ersättning, oavsett när beslutet är fattat. Se vidare bilaga 1.
- <sup>39</sup> Avslag / (avslag + nybeviljade) respektive år.
- <sup>40</sup> Prop. 2002/03:1, utgiftsområde 10 s. 26.

- <sup>41</sup> Riksrevisionen (2005).
- <sup>42</sup> Den så kallade *antagandeinkomsten* som ligger till grund för ersättningen baseras på ett genomsnitt av bruttoårsinkomsten (i huvudsak PGI) av de tre högsta beloppen under en ramtid på fem år alternativt två av tre år om det är mer fördelaktigt för individen.
- <sup>43</sup> Årsbeloppet beror också på försäkringstid i Sverige.
- <sup>44</sup> Sjukpenning är liksom inkomstrelaterad aktivitetsersättning en del av den arbetsbaserade socialförsäkringen. Sjukpenning ingår dessutom i inkomstunderlaget för inkomstrelaterad aktivitetsersättning.
- <sup>45</sup> Försäkringskassan (2007a) och SOU 2008:102.
- <sup>46</sup> Från riskpopulationen för att beviljas inkomstrelaterad aktivitetsersättning exkluderas individer som inte är *sjukpenningförsäkrade* vid årets början och därmed inte har möjlighet att nyttja den arbetsbaserade sjukförsäkringen som inkomstrelaterad aktivitetsersättning liksom sjukpenning är en del av. Därigenom kontrolleras bland annat för skillnader i arbetsmarknadsanknytning, vilket gör estimaten mer renodlade. För definition av sjukpenningförsäkrade och statistik fördelad efter födelseland, se Försäkringskassan (2010a). För analys av enbart garantiersättning, det vill säga den bosättningsbaserade försäkringen, ingår samtliga individer 19-64 år i riskpopulationen.
- <sup>47</sup> En oddskvot är i grunden inte detsamma som en relativ sannolikhet eller risk men kan likställas med en sådan vid så pass låga risker som är fallet med risken att beviljas aktivitetsersättning.
- <sup>48</sup> Samtliga variabler som ingår i modellerna redovisas i tabell 2.
- <sup>49</sup> Se exempelvis Försäkringskassan (2007b, 2007c).
- <sup>50</sup> Könsskillnaden i risken att beviljas aktivitetsersättning varierar något över tid. För några andra studerade år blir kön tvärtom signifikant för inkomstrelaterad ersättning men inte för garantiersättning (se bilaga 3).
- <sup>51</sup> Se exempelvis Försäkringskassan (2007b, 2007c).
- <sup>52</sup> Försäkringskassan (2010a).
- <sup>53</sup> Tidigare år har förvärvsarbete i flertalet branscher signifikant lägre risk jämfört med hälso- och sjukvården (se bilaga 3).
- <sup>54</sup> I modellen har förvärvsarbete inom hälso- och sjukvården använts som referensgrupp, men ej förvärvsarbete har även dubbelt så hög risk i jämförelse med förvärvsarbete generellt.
- <sup>55</sup> H-regionerna är definierade som *Stockholm/Södertälje A-region*, *Göteborg A-region*, *Malmö/Lund/Trelleborg A-region*, *Större städer* (såsom Kalmar, Växjö, Jönköping, Eskilstuna), *Mellanbygd* (såsom Norrtälje, Gislaved, Nyköping, Ludvika), *Tätbygd* (såsom Gotland, Örnsköldsvik, Skellefteå, Östersund) samt *Glesbygd* (såsom Sunne, Åre, Lycksele, Kiruna, Haparanda).

- <sup>56</sup> I tabellen redovisas endast Stockholm/Södertälje som referensgrupp, men skillnaderna är också statistiskt signifikanta med Malmö/Lund/Trelleborg som referensgrupp.
- <sup>57</sup> Viss reservation får göras för skattningarna 2009, med tanke på att utbildningsnivå mäts 2008. De resultat som lyfts fram kvarstår dock när utbildning exkluderas helt från modellerna.
- <sup>58</sup> Samma slutsats kan dras när län i stället för H-region studeras.
- <sup>59</sup> ISF (2010).
- <sup>60</sup> Spridningen i andelen avslag mellan de 21 länen mätt i standardavvikelse minskade med 30 procent mellan 2008 och 2009. Spridningen var dock lika stor 2009 som 2007.
- <sup>61</sup> Se exempelvis Försäkringskassan (2007b, 2007c).
- <sup>62</sup> Utbildning mäts i denna rapport samma år som en period med aktivitetsersättning påbörjas, men fångas endast till och med 2008. I figur 13 har utbildning exkluderats ur modellen för att inte riskera att överskatta ökningen mellan 2008 och 2009.
- <sup>63</sup> Larsson (2006), Hall och Hartman (2009).
- <sup>64</sup> Endast avbrott från aktivitetsersättning i minst tre månader har beaktats i analysen.
- <sup>65</sup> Om en persons diagnos har ändrats under tiden i aktivitetsersättning, har i analysen använts den senast registrerade diagnosen.
- <sup>66</sup> ”Anställd” utan subvention definieras som att vara registrerad som förvärvsarbetande enligt SCB:s definition i RAMS (Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik) och AKU (Arbetskraftsundersökningarna). Mätningen avser november varje år med start under det år individen avbryter sin period av aktivitetsersättning. ”Anställd” med subvention definieras som att vara inskriven vid Arbetsförmedlingen och ha någon form av anställningsstöd, arbeta vid Samhall eller ha lönebidrag. ”Arbetslös” definieras som att vara inskriven som arbetsökande utan arbete vid Arbetsförmedlingen. Data från Arbetsförmedlingen finns endast tillgänglig från och med 2000.

